مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم
"كراسة التعليمات"

إعداد وتقنين

د./ عبد الرقيب أحمد البحيري
أستاذ علم النفس
كلية التربية - جامعة أسيوط

د./ عفاف محمد محمود عجلان
مدرس علم النفس
كلية التربية - جامعة أسيوط

الناشـــر
مكتبـــة النهضـــة المصريـــة
٩ ش عدلى - القاهرة
١٩٩٧م

المحتــوى

تابع : المحتوى

الفصل الأول

تعريف عام بالمقياس

أولا : الأساس المنطقى للمقياس :

وضع هذا المقياس "مقياس انتباه الاطفال وتوافقهم" فى الاصل نادين لامبرت ، كارولين هارتزو ، جوناثان ساندوفال تحت عنوان Children's Attention and Adjustment Survey (CAAS) (*). وهو مقياس تقدير صمم لتقييم انماط السلوك المرتبطة بالنشاط المفرط لدى الاطفال ، وهو ما يشار اليه حديثا باسم اضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) فى التعديل الثالث للدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسى الامريكية DSM III-R (١٩٨٧) . والنشاط المفرط هو واحد من أكثر اضطرابات الطفولة شيوعا ، وهو يهم الوالدين والمعلمين والاطباء .

وفى دراسة للنشاط المفرط فى عينة ممثلة من الاطفال فى سن المدرسة الابتدائية ، وجد أن حوالى ٢ر١٪ من هذه العينة تم التعرف عليهم ومعاملتهم على أنهم مفرطى النشاط (لامبرت ، ساندوفال ، ساسون Lambert, Sandoval & Sassone ١٩٧٨ ، ١٩٨١) وأن ٨٦ر٪ من هذه العينة كانوا يستخدمون منبهات للعلاج من هذه الحالة (لامبرت ، ساندوفال ، ساسون ١٩٧٩) . وبينما توجد صعوبات تعلم لدى ٤٣٪ من الاطفال مفرطى النشاط ، فهى ليست بالضرورة ملازمة لهذه الحالة (لامبرت ، ساندوفال ١٩٨٠) . وقد قدم برنامج بحثى تفصيلات عن الادلة الطبية المستخدمة فى تشخيص الاطفال مفرطى النشاط (ساندوفال ، لامبرت ،ياندل Sandoval, Lambert & Yandell ١٩٧٦) .

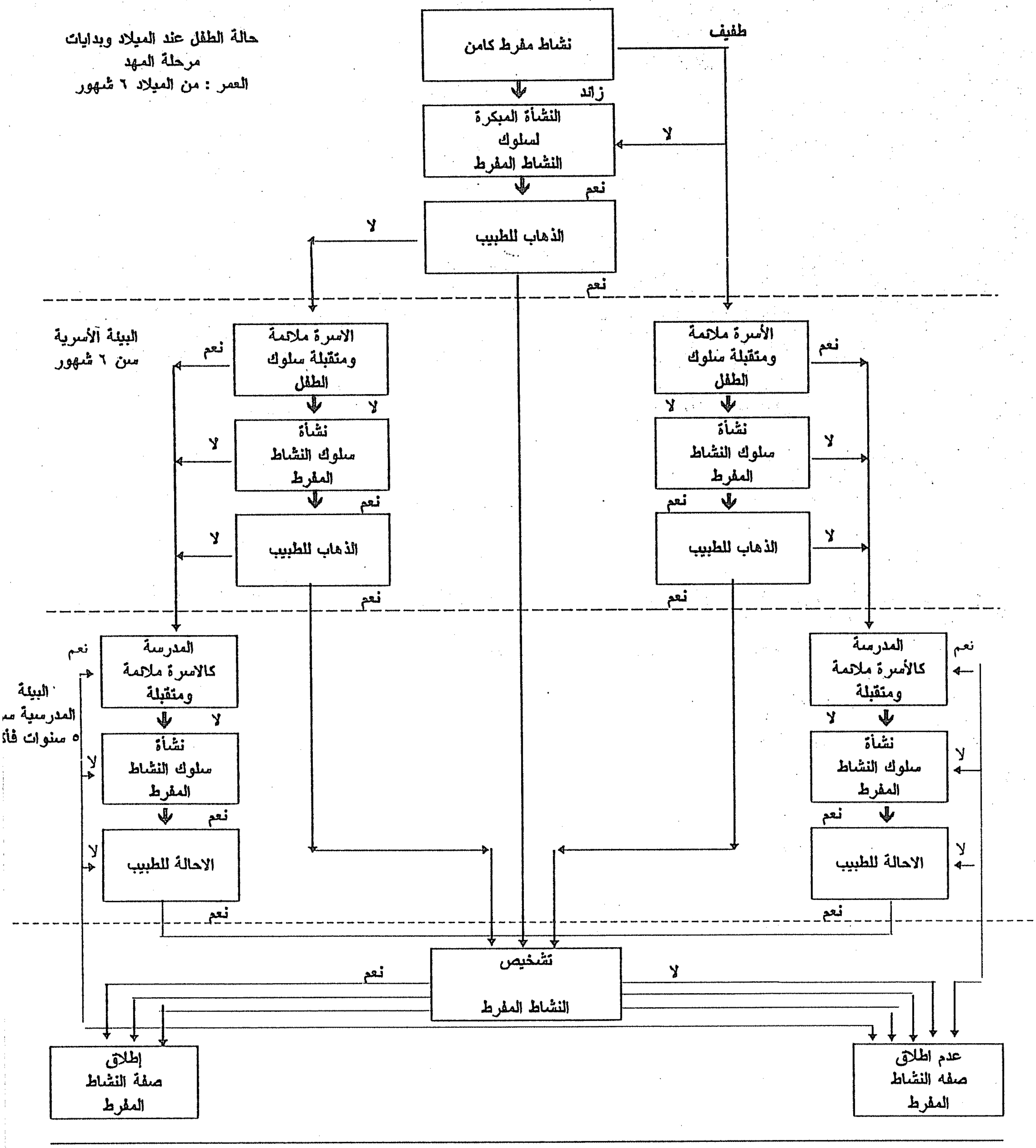
(*) Nadine Lambert, Carolyn Hartsough and Jonathan Sandoval (1990). Children's Attention and Adjustment Survey. Consulting Psychologists Press, Inc.

كما توجد عوامل صحية مثل : المرض ، الحوادث ، والاقامة بالمستشفى ترتبط بالنشاط المفرط (هارتزو ، لامبرت Hartsough & Lambert ١٩٨٥) ، وفى محاولة لتوضيح العوامل التى تنذر بالنشاط المفرط وتتضح فى الطفولة المبكرة ، صممت مقاييس للمزاج المبكر والتى ارتبطت مع التعرف اللاحق على النشاط المفرط لدى الطفل وعلاجه منه (لامبرت ١٩٨٢) . وعلاوة على ذلك فقد تم تصميم تصنيف للبيئات المنزلية للاطفال مفرطى النشاط فى مقابل اقرانهم من نفس العمر والذين لايعانون من هذه المشكلة (هارتزو ، لامبرت ١٩٨٢) .

وفى نموذج تفاعلى قام بتصميمه (ساندوفال ، لامبرت ، ساسون ١٩٨٠) للتعرف والتشخيص وتوصيات العلاج للطفل مفرط النشاط ؛ كانت النتائج ذات دلالة فيمايلى : (أ) عوامل اسرية وتشمل الاتجاهات الوالدية ، (ب) اعراض محددة وتتضح فى البيئة المنزلية ، (جـ) انماط السلوك المدرسية وتتضح فى البيئة المدرسية والتى تتأثر باتجاهات الطفل ، بيئة الفصل والتكوين البنيوى للطفل ، (د) توجه الطبيب تجاه تشخيص وعلاج الطفل المحال للعلاج بسبب سلوك النشاط المفرط وقصور الانتباه . والتفاعلات فى كلا الاتجاهين ؛ فالاطفال يؤثرون على ويتأثرون بالبيئات المنزلية والمدرسية والعملية التشخيصية الطبية .

ويوضح شكل (١) عدد المرات والطرق التى قد يتم من خلالها التعرف على النشاط المفرط وأوجه القصور فى الانتباه لدى الطفل . والكثير من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد والقصور فى الإنتباه بشكل مفرط لايحالون أبداً إلى طبيب للتقييم ؛ ولذلك لايقدم تشخيص طبى . ومن ثم لاتطبق أى تدخلات علاجية طبية . وبالنسبة لأطفال آخرين ، قد يعتبر المعلم والطبيب فقط سلوك الطفل منحرفاً بدرجة كافية تستلزم التشخيص والعلاج ، ويتمشى الوالد مع توصية المتخصصين . وقد يبحث آباء أطفال آخرون عن التقييم الطبى لأن سلوك الطفل يصبح من الصعب مواجهته فى المنزل . لذلك يحتاجون الى مساعدة متخصصة لدعم جهودهم .

ويصور شكل (١) عملية التعرف ويوضح جزءاً من النموذج التفاعلى . وهو يبدأ بالتكوين البنيوى للطفل عند الميلاد مبيناً فى المستطيل الأعلى للشكل . وإذا كان الطفل يظهر فى سن المهد أنماطاً سلوكية مثل : التململ المفرط ، الحدة المرتفعة لرد الفعل ، أو الحساسية المفرطة للتغيرات فى البيئة ، فقد يستشار أحد الأطباء . وإذا كانت البيئة ملائمة ومتقبلة ،



شكل (١)
مسار عملية التعرف على النشاط المفرط فى نموذج للأنظمة المتفاعلة

سيكون الطفل أقل إحتمالاً لأن ينشأ عنده أنمـاط سـلوكية للنشـاط المفـرط و/أو قصـور الإنتبـاه أثناء سنوات الطفولة المبكرة .. ويستخدم المصطلح "ملائمة" Congruent ليشير إلى الانسـجام بين الأسرة والطفل والتى تقلل من إحتمال نشأة أعراض السلوك المشكل أمـا مصطلـح "متقبلـة" Accepting فيشير إلى أنماط سلوكية ظاهرة ولكن لايشار إليها على أنها غير عادية . وإذا لـم يكن المنزل والبيئة الأسرية مكملان لبعضهما البعض ، سـيكون هنـاك احتمـالا أكـبر لأن تنشـأ لدى الطفل أنماط سلوكية ظاهرة تتعارض مع التوقعات الوالدية ، وقد تسعى الأسـرة لإستشـارة أحد الأطباء للتشخيص والعلاج .

ويأتى المعلم الثانى فى حياة الطفل عندما يلتحق بالمدرسـة . فـإذا كـانت البيئـة المدرسـية تتلاءم مع الطفل وتقبل سلوكه ، فقد لايعد الطفل مفـرط النشـاط أو أنـه يعـانى مـن قصـور فـى الإنتباه ، وإنما ننظر إلى سلوك الطفل على انه فى الحدود الطبيعية وعلى أنه قابل للتعديـل مـع إجراء تعديلات فى الفصل من نوع أو آخـر . إذا لـم تكـن البيئـة المدرسـية مرنـه ، فقد يعتـبر سلوك الطفل مشكلاً وخارج نطاق سيطرة المدرس . وتكون النتيجة هـى تفـاقم سـلوك الطفـل . وقد تتصل المدرسة بعد ذلـك بوالـدى الطفـل وتقـترح عليهـم التدخـل العلاجـى الطبـى للطفـل . وحتى مع بذل كلا الوالدين والمعلميـن لأقصـى جهدهـم ، قـد يكـون مسـتحيلاً لهـم أن يقومـوا بتكييفات كافية ، بالمنزل أو بالمدرسة ، لمقابلـة حاجـات الطفـل مفـرط النشـاط أو الطفـل الـذى يعانى من أوجه قصور دالة فى الانتباه . وبالرغم من أنه ليس هناك شك فـى أن سـلوك الكثـير من الأطفال ينحرف بشكل دال عن العـادى ويتطلـب تدخـلات طبيـة ، نفسـية وتربويـة ، فليـس هناك حتى الآن دليل كاف عن الأهمية النسبية للفـروق الفرديـة فـى أنمـاط السـلوك الظـاهر أو عوامل النظام الاجتماعى ، مثل البيئات المنزلية والمدرسية .

وقد أشار إستعراض هام لتسـمية الانحـراف (جـوف Gove ١٩٧٥) إلـى أن مثـل هـذه التسمية تحدث أساساً كنتيجة للسلوك الفـردى وليـس كنتيجـة للوضـع الاجتمـاعى لشـخص مـا . ومع ذلك فحيث إن السلوك يقاس ذاتياً من خلال التقييم المتخصـص والوالـدى لحـدة الأعـراض الفردية ، فإن هناك حاجـة إلـى طـرق موثـوق بهـا لتوثيـق هـذه الأعـراض . ويمكـن أن يسـهم استخدام "مقياس إنتباه الأطفال وتوافقهم" Children's Attention and Adjustment Survey (CAAS) فى فهم إضطرابات النشاط المفرط وقصور الانتباه مـن خـلال تقديـم اثباتـا هامـاً فـى قياس الأهمية النسبية لخصائص فردية فى تفاعلها مع العوامل البيئية .

وقد تمت دراسة القوة التفسيرية للنموذج التفاعلى بشكل تمهيدى من خلال تحليلات اسهامات الخصائص البيولوجية ، الأسرية ، الصحية ،والمزاجية (لامبرت ، هارتزو ، ١٩٨٤) فى نشأة اعراض النشاط المفرط والتدخل الطبى فيه . وحديثاً ، تم الحديث عن الفروق بين النتائج التربوية ، الاجتماعية ، السلوكية والنفسية بين الافراد مفرطى النشاط وأفراد المجموعة الضابطة فى نهاية المدرسة الثانوية وفى ضوء ذلك تم تقديم دعماً لبرهان قديم العهد على أن الأطفال مفرطى النشاط هم عرضة لخطر مجموعة متنوعة من النتائج الدالة على سوء التوافق عندما يصلون الى سن المراهقة (هارتزو ، لامبرت ١٩٨٧ ؛ لامبرت ١٩٨٨) .

ولقد صممت الابعاد المختلفة لـ CAAS لتقدير أنماط السلوك الملاحظة فى المنزل والمدرسة . ويقصد منها أن تستخدم بمصاحبة مقاييس أخرى لتوثيق وجود أعراض محددة والمساعدة فى تشخيص الأطفال الذين يدور حولهم شك بأنهم يعانون من نقص الانتباه والتسرع Inattention and impulsivity (ADD) ، النشاط المفرط (H) Hyperactivity ، أو Attention deficit hyperactivity disorder ، وهى تفيد أيضاً فى تقييم مدى فاعلية تدخلات علاجية متعددة مستخدمة فى علاج النشاط المفرط ، مثل العلاج بالعقاقير أو تعديل السلوك .

تكوينات اضطراب القصور فى الإنتباه والنشاط المفرط :

يعتبر نقص الانتباه والنشاط المفرط (ADHD) ، ونقص الانتباه والتسرع (ADD) ، والنشاط المفرط (H) جميعها تسميات تطلق على زملة أعراض موجودة لدى الأطفال . وزملة الأعراض هى عبارة عن مجموعة من الأعراض توجد غالباً لدى نفس الطفل . وفى حالة النشاط المفرط ، تشمل مجموعة الأعراض قصر فترة الانتباه Short attention span ، التسرع Impvlsivity ، تشتت الانتباه Distractibility ، والتململ الحركى Motor restlessness . وتعتبر هذه الزملة كتسمية لوجود أنماط سلوكية فى نظام إجتماعى ، مثل البيئة المدرسية أو المنزلية . والأنظمة المختلفة لها مستويات مختلفة من التسامح مع هذه الأنماط السلوكية . وهكذا تطلق على الأطفال تسميات مختلفة .

ونظراً لأن الأسباب الدقيقة لاضطراب القصور فى الانتباه والنشاط المفرط ليست معروفة ، فقد وجد أنه من المفيد مناقشته فى اطار نموذج اطلق عليه "نموذج الانظمة التفاعلية"

Interactive system model . ويقوم هذا النموذج على أساس المقوله التى مؤداها تفاعل الجوانب البيولوجية والتكوين النفسى للطفل الذى هو نتاج الاسرة والبيئة المدرسية . وطبيعة هذا التفاعل هى الى تحدد ما اذا كان الطفل سيعانى مستقبلاً من مشكلة سلوكية ما . ولايعنى أن يبدى طفل ما مجموعة من الاعراض سواء فى نطاق المدرسة أو المنزل انه يعانى من ADHD ، لان الانماط السلوكية لاتعتمد فقط على التركيب الاجتماعى ، وعادات الطفل أو حالته الأيضية أو العضوية ، وإنما ، هو التفاعل بينها . فعلى سبيل المثال ، فى ظل بعض الظروف . قد يعد طفل ذو بنية جسمية معينة مفرط النشاط ، ولكن فى ظل ظروف أخرى قد لايعد كذلك وبالمثل ، قد يحكم على طفلين لهما تكوين جسمى مختلف وينموان فى بيئات مختلفة بأن كلاهما يعانى من ADHD . والقوى البيولوجية والبيئية قد توازى بعضها البعض أو تتحد بطرق ينتج عنها أطفال مختلفون للغاية تنطبق عليهم معايير تشخيص ADHD . وهذا النموذج موضح ببعض التفصيل فىمصادر أخرى (مثلا انظر ساندوفال وآخرين ١٩٨٠) .

وقيل عام ١٩٨٠ كان المعيار التشخيصى لزملة النشاط المفرط هو DSMII (رابطة الطب النفسى الأمريكية American Psychiatric Association ١٩٦٨) والذى اعتمد على الاحكام الطبية للأطباء كإجراء تشخيصى مفضل . وقد ظهرت أسماء تشخيصية مثل : الخلل الطفيف فى وظائف المخ Minimal brain dysfunction ، رد فعل الطفولة مفرط النشاط Hyperkinetic reaction of children ، والنشاط المفرط Hyperactivity فى الدراسات من سنة ١٩٥٠ حتى ١٩٨٠ . ومع نشر الـ DSMIII ١٩٨٠ ، تركز الإهتمام على الأعراض المحددة المرتبطة بالنشاط المفرط فى الطفولة ، وهى : نقص الانتباه ، التسرع ومستوى النشاط المرتفع ، بالإضافة الى فصل هذه الأعراض عن اضطرابات السلوك العدوانية وغير العدوانية التى غالباً ما نراها تظهر بمصاحبة سلوك النشاط المفرط . وتم استبدال التسميات المفضلة سابقاً بتسمية الـ DSMIII : اضطراب قصور الانتباه (ADD) Attention deficit disorder ، والمحدد من خلال معايير تشخيصية ترتبط بالتسرع و/أو نقص الانتباه والنشاط المفرط (H) الذى يحدده المعايير المرتبطة بمستوى النشاط العالى . وبالتدريج لم يعد مصطلح "النشاط المفرط" Hyperactivity مستخدما كإسم تشخيصى وتم استبداله بـ "اضطرب القصور فى الانتباه" (ADD) ، إما مع H (ويشار لهذا بـ ADDH) ، أو بدون H أو يشار لهذا بـ ADD أو ADDWO) .

ويعتبر DSM III-R من المصادر الاساسية الذى يحدد مظاهر مثل هذا الاضطراب ADHD والتى تتلخص فى درجات نقص الانتباه غير الملاءمة لمرحلة النمو ، التسرع ، والنشاط المفرط . ومن الملامح المرتبطة بذلك : تقدير الذات المنخفض ، الكآبة ، انخفاض القدرة على تحمل الإحباط ، نوبات الغضب والتفريط التحصيلى الأكاديمى ، ويقترح DSM III-R أن الكثير من الأطفال يظهرون أيضاً أعراض اضطراب التحدى المعارضة واضطراب السلوك . وهكذا فالسلوك العدوانى ومشكلات السلوك غالباً ما تكون جزءاً من مجموعة ADHD .

ومن خلال دمج أعراض نقص الانتباه ، التسرع والنشاط المفرط فى ADHD ، قرر مؤلفو DSM III-R أن يخففوا من التأكيد على ADDWO ، حتى بالرغم من أن "ليهى وزملاؤه" رأوا أن ADHD و ADDWO مختلفان (Lahey, Green & Forehand, 1980; Lahey, Schavgnency, Frame, & Strauss, 1985; Lahey, Schaughency, Strauss, Frame, 1984; Edelbrock, Costello, Kessler, 1983) . وبالمثل ، كان هناك نقاش وجدال حول أن اعراض اضطراب السلوك Conduct disorder ترتبط بـ ADHD ، وأنه بالرغم من أنه من الممكن أن نفرق بين الحالتين فمن المفيد أن نأخذ بعين الاعتبار ما اذا كان الطفل لديه اعراض عدوانية أم لا (انظر هينشو Hinshaw ١٩٨٧) .

ويفضل الاحتفاظ بأعراض نقص الانتباه ، التسرع ، النشاط المفرط ، ومشكلات السلوك منفصلة ، كما فى مقاييس CAAS من أجل تشخيص وتخطيط علاجى أفضل . فعلى سبيل المثال ، الأطفال الذين توجد لديهم جميع الأعراض الاربعة قد يكونوا أكثر عرضة لمشكلات القراءة (مكجى ، ويليامز وسيلفا McGee, Williams, & Silva ١٩٨٤) ، بينما الاطفال ذوى مشكلات السلوك قد يعالجون بنجاح أكبر باستخدام العلاج السلوكى (أبيكوف وجيتلمان Abikoff and Gittelman ١٩٨٤) . وقد تسمح "البروفيلات" المختلفة لقوة الاعراض بوضع برامج تدريب معرفية مصممة بشكل أكثر فردية . وقد انتقد (أبيكوف Abikoff ١٩٨٥) مجهودات التدريب المعرفى لعدم أخذها الفروق الفردية فى الاعتبار . ورأى (والين وهنكر Whalen and Henker ١٩٨٥) ضرورة الاهتمام الكبير بأداء الاطفال مفرطى النشاط مع الآخرين حتى يمكن تخطيط برامج علاجية أكثر ذكاءاً . ومن الواضح أن المقاييس المنفصلة لقياس المجالات المختلفة لأداء الطفل أمر مرغوب فيه للقياس .

استخدام مقاييس التقرير السلوكية فى CAAS :

أستخدم عدد من أساليب القياس المختلفة فى دراسة اضطراب النشاط المفرط وقصور الانتباه . وتظهر خمسة أنواع على الاقل فى الدراسات السابقة : (أ) التقديرات السلوكية ، (ب) قوائم الملاحظة ، (جـ) القياسات الجسمية المباشرة ، (و) اختبارات الأداء البسيطة و (هـ) الاختبارات المعرفية ذات الرتبة الاعلى (ساندوفال Sandoval ١٩٧٧) ، ومن بين هذه المقاييس تعد قياس التقديرات السلوكية الأكثر شيوعاً فى الاستخدام . وبالرغم من أن أساليب الملاحظة قد استخدمت فى عدد من الدراسات ، فإنها تستغرق وقتاً طويلاً ومكلفة . وتدريب الملاحظ يجب أن يكون مكثفاً حتى نستطيع الحصول على ثبات عالى بين الملاحظين ، ويجب أن يكون الملاحظين حريصين على أخذ سياق الملاحظة فى الاعتبار ، لأن النشاط المفرط وقصور الانتباه قد تظهر فى أحد المواقف ولكن ليس فى الآخر .

وقد كانت هناك محاولة لاجراء قياس مباشر للنشاط الجسمى فى الماضى عندما كان مستوى النشاط المرتفع يعد المؤشر الأساسى لهذه الزملة . ولسوء الحظ ، فإن المقاييس الجسمية تركز على عرض "مستوى النشاط" أكثر من "الانتباه" . ولذلك لم يعد يفضل استخدامها . وعلاوة على ذلك ، فقد ثبت عدم امكان الاعتماد على الوثوق فى المقاييس المباشرة للنشاط كما أنها تنطوى على نوع من التطفل والاقحام (ساندوفال Sandoval ١٩٧٧) .

وقد استخدمت أيضاً إختبارات الأداء البسيطه مثل متاهات بورتسى "Porteus Mazes أو "أختبار بندر للصيغة الكلية البصرية الحركية "Bender Visual Motor Gestalt test وكلاهما يتطلب تآزراً بصرياً حركياً ، قدرة على التخطيط والانتباه فى قياس النشاط المفرط . ومع ذلك ، فهذه الاختبارات يبدو أنها تقيس فقط الانتباه أو التسرع بطريقة غير مباشرة ولاتقيس النشاط المفرط ، الذى يمثل خاصية هامة من خواص زملة ADHD .

وقد حاول باحثون آخرون تقييم الاطفال مفرطى النشاط من خلال إستخدام اختبارات معرفية ذات ترتيب أعلى ، مثل "مقياس وكسلر لذكاء الاطفال (WISC-R) . وكلسر Wechsler ١٩٧٤) ، "اختبار الاشكال المألوفة المتطابقة" (كاجان ، روزمان ، دى ، ألبرت وفيليبس Kagan, Rosman, Day, Albert & Phillips ١٩٦٤) . ومع ذلك ، فإن أى من

ويعتبر DSM III-R من المصادر الاساسية الذى يحدد مظاهر مثل هذا الاضطراب ADHD والتى تتلخص فى درجات نقص الانتباه غير الملاءمة لمرحلة النمو ، التسرع ، والنشاط المفرط . ومن الملامح المرتبطة بذلك : تقدير الذات المنخفض ، الكآبة ، انخفاض القدرة على تحمل الإحباط ، نوبات الغضب والتفريط التحصيلى الأكاديمى ، ويقترح DSM III-R أن الكثير من الأطفال يظهرون أيضاً أعراض اضطراب التحدى المعارضة واضطراب السلوك . وهكذا فالسلوك العدوانى ومشكلات السلوك غالباً ما تكون جزءاً من مجموعة ADHD .

ومن خلال دمج أعراض نقص الانتباه ، التسرع والنشاط المفرط فى ADHD ، قرر مؤلفو DSM III-R أن يخففوا من التأكيد على ADDWO ، حتى بالرغم من أن "ليهى وزملاؤه" رأوا أن ADHD و ADDWO مختلفان (Lahey, Green & Forehand, 1980; Lahey, Schavgnency, Frame, & Strauss, 1985; Lahey, Schaughency, Strauss, Frame, 1984; Edelbrock, Costello, Kessler, 1983) . وبالمثل ، كان هناك نقاش وجدال حول أن اعراض اضطراب السلوك Conduct disorder ترتبط بـ ADHD ، وأنه بالرغم من أنه من الممكن أن نفرق بين الحالتين فمن المفيد أن نأخذ بعين الاعتبار ما اذا كان الطفل لديه اعراض عدوانية أم لا (انظر هينشو Hinshaw ١٩٨٧) .

ويفضل الاحتفاظ بأعراض نقص الانتباه ، التسرع ، النشاط المفرط ، ومشكلات السلوك منفصلة ، كما فى مقاييس CAAS من أجل تشخيص وتخطيط علاجى أفضل . فعلى سبيل المثال ، الأطفال الذين توجد لديهم جميع الأعراض الاربعة قد يكونوا أكثر عرضة لمشكلات القراءة (مكجى ، ويليامز وسيلفا McGee, Williams, & Silva ١٩٨٤) ، بينما الاطفال ذوى مشكلات السلوك قد يعالجون بنجاح أكبر باستخدام العلاج السلوكى (أبيكوف وجيتلمان Abikoff and Gittelman ١٩٨٤) . وقد تسمح "البروفيلات" المختلفة لقوة الاعراض بوضع برامج تدريب معرفية مصممة بشكل أكثر فردية . وقد انتقد (أبيكوف Abikoff ١٩٨٥) مجهودات التدريب المعرفى لعدم أخذها الفروق الفردية فى الاعتبار . ورأى (والين وهنكر Whalen and Henker ١٩٨٥) ضرورة الاهتمام الكبير بأداء الاطفال مفرطى النشاط مع الآخرين حتى يمكن تخطيط برامج علاجية أكثر ذكاءاً . ومن الواضح أن المقاييس المنفصلة لقياس المجالات المختلفة لأداء الطفل أمر مرغوب فيه للقياس .

استخدام مقاييس التقرير السلوكية فى CAAS :

أستخدم عدد من أساليب القياس المختلفة فى دراسة اضطراب النشاط المفرط وقصور الانتباه . وتظهر خمسة أنواع على الاقل فى الدراسات السابقة : (أ) التقديرات السلوكية ، (ب) قوائم الملاحظة ، (جـ) القياسات الجسمية المباشرة ، (و) اختبارات الأداء البسيطة و (هـ) الاختبارات المعرفية ذات الرتبة الاعلى (ساندوفال Sandoval ١٩٧٧) ، ومن بين هذه المقاييس تعد قياس التقديرات السلوكية الأكثر شيوعاً فى الاستخدام . وبالرغم من أن أساليب الملاحظة قد استخدمت فى عدد من الدراسات ، فإنها تستغرق وقتا طويلاً ومكلفة . وتدريب الملاحظ يجب أن يكون مكثفاً حتى نستطيع الحصول على ثبات عالى بين الملاحظين ، ويجب أن يكون الملاحظين حريصين على أخذ سياق الملاحظة فى الاعتبار ، لأن النشاط المفرط وقصور الانتباه قد تظهر فى أحد المواقف ولكن ليس فى الآخر .

وقد كانت هناك محاولة لاجراء قياس مباشر للنشاط الجسمى فى الماضى عندما كان مستوى النشاط المرتفع يعد المؤشر الأساسى لهذه الزملة . ولسوء الحظ ، فإن المقاييس الجسمية تركز على عرض "مستوى النشاط" أكثر من "الانتباه" . ولذلك لم يعد يفضل استخدامها . وعلاوة على ذلك ، فقد ثبت عدم امكان الاعتماد على الوثوق فى المقاييس المباشرة للنشاط كما أنها تنطوى على نوع من التطفل والاقحام (ساندوفال Sandoval ١٩٧٧) .

وقد استخدمت أيضاً إختبارات الأداء البسيطه مثل متاهات بورتسى" Porteus Mazes أو "أختبار بندر للصيغة الكلية البصرية الحركية" Bender Visual Motor Gestalt test وكلاهما يتطلب تآزراً بصرياً حركياً ، قدرة على التخطيط والانتباه فى قياس النشاط المفرط . ومع ذلك ، فهذه الاختبارات يبدو أنها تقيس فقط الانتباه أو التسرع بطريقة غير مباشرة ولاتقيس النشاط المفرط ، الذى يمثل خاصية هامة من خواص زملة ADHD .

وقد حاول باحثون آخرون تقييم الاطفال مفرطى النشاط من خلال إستخدام اختبارات معرفية ذات ترتيب أعلى ، مثل "مقياس وكسلر لذكاء الاطفال (WISC-R) . وكلسر Wechsler ١٩٧٤) ، "اختبار الاشكال المألوفة المتطابقة" (كاجان ، روزمان ، دى ، ألبرت وفيليبس Kagan, Rosman, Day, Albert & Phillips ١٩٦٤) . ومع ذلك ، فإن أى من

هذه الإختبارات لم يكتسب تفضيلاً واسعاً لتشخيص النشاط المفرط نظراً لأنها إما شديدة العمومية مثل إختيار وكسلر ، وتقيس أكثر من العوامل الرئيسية للإضطراب ، أو لأنها تقيس عامل واحد فقط من عوامل الإضطراب . وهذا يتطلب من مستخدم الإختبار أن يقوم باستنتاجات غير مريحة .

ونظراً لكفاءة مقاييس التقدير السلوكية بالإضافة الى ثباتها وصدقها المقبولين ، فإنها تبدو الأداة التى تحظى بأكبر قدر من القبول فى التعرف على الأطفال مفرطى النشاط . فهى بسيطة فى إستخدامها وسريعة فى تطبيقها . ويشير (إيدلبروك ورانكوريلو Edelbrock and Rancurello ١٩٨٥) إلى أن طبيعة النشاط المفرط تجعل مقاييس التقدير لايمكن الإستغناء عنها :

"يحدد النشاط المفرط من خلال الانحرافات الكمية فى سلوك الطفولة الشائع بدرجة متوسطة والذى يحدث على الأقل فى بعض الأحيان أو لدرجة ما لدى جميع الأطفال . وعلاوة على ذلك ، فأنماط السلوك المرتبطة بالنشاط المفرط تكون دائماً تقريباً ظاهرة فى البيئات الطبيعية كالمنزل والمدرسة ، ولكنها قد لاتكون واضحة فى المعمل أو البيئة الكلينيكية ، ولذلك فتقديرات الوالدين والمعلمين فيما يتعلق بتكرار ، حده ، وملاءمة سلوك الطفل ضرورية من أجل الكشف الدقيق عن الإضطراب وتشخيصه" (ص ٤٢٩) .

ويستطرد "إيدلبروك ورانكوريلو" ليبينا أن مقاييس التقدير المقننة تقلل من ذاتية إنطباعات الوالدين والمعلمين عن سلوك الأطفال ، وتقدم معايير ملائمة للعمر أو الصف الدراسى وتنتج مصفوفة كمية يمكن من خلالها تقدير التغير السلوكى . وقد تبين من قبل أن التشخيص الطبى مبنى بشكل أساسى على تقارير الوالدين والمعلمين للسلوك (ساندوفال وآخرون Sandoval et al., ١٩٧٦) ، ومن ثم فإن توفر مقاييس تقدير صحيحة أمر بالغ الأهمية .

ومع ذلك ، تكتنف مقاييس التقدير بعض المشكلات . وتتمثل إحدى الصعوبات فى أن عبارات بعض المقاييس تبدو غير مرتبطة بالعوامل الرئيسية لنقص الانتباه والتسرع وتركز بدلا من ذلك على أنماط السلوك الخارجى العدوانى أو إعتبارات النشاط المفرط ومشكلات السلوك . وعلى سبيل المثال ، فقد انتقد مقياس تقدير السلوك كونورز "Conners Behavior Rating Scale" على هذه الأسس (ساندوفال Sandoval, ١٩٧٧)، ومن الصعوبات الاخرى أن مقاييس التقدير المصممة كى يستخدمها الوالدان لم تكن حساسة لنتائج علاج الاطفال من الاضطراب باستخدام العقاقير ، ربما لأن الوالدين لايلاحظان الاطفال أثناء أداء المهام والذى

سيتغير بصورة فعالة من خلال إعطاء العقاقير (سليتور & سبريجيو Sleator & Sprague ١٩٧٤) . وعلاوة على ذلك ، فالإرتباطات بين تقديرات الاشخاص الذين يقدمون المعلومات والذين ينتمون إلى بيئات مختلفة منخفضة بصورة مخيبة للآمال ، مما يوحى بأن سلوك الأطفال يتباين فى البيئات المختلفة ، فعلى سبيل المثال ، قد تختلف التقديرات الوالدية عن تقديرات المعلمين لأن الوالدان غالباً لايرون أطفالهما فى موقف مقنن يتطلب مهارة حيث ينبغى عليهم أن ينتبهوا إلى ويتفاعلون مع الأطفال الآخرين لفترات طويلة .

ثانيا : وصف المقياس :

يعد مقياس إنتباه الأطفال وتوافقهم أداة مركزة مبنية على اسس تجريبية ومصممة لقياس المعايير التشخيصية لنقص الإنتباه ، التسرع ، النشاط المفرط والعدوانية أو مشكلات السلوك Conduct problems . ويدعم هذا المقياس ثباته وصدقه الشاملين وسهولة وسرعة تطبيقة .

ويتكون هذا المقياس (CAAS) من صورتين : صورة المنزل (CAAS-H) وصورة المدرسة (CAAS-S) . وكل من هاتين الصورتين تقيس أربعة أعراض على أساس تقديرات يقوم بها الوالدان أو المعلمين . وتتمثل الأعراض الأربعة فى : (أ) نقص الإنتباه Inattentiveness ، (ب) التسرع Impulsivity ، (جـ) النشاط المفرط Hyperactivity ، (د) مشكلات السلوك Conduct problems . وتعطى درجة لكل مقياس ، ويمكن حساب الدرجات المجموعة لـ ADD و ADHD . وفوق ذلك يمكن الحصول على درجة لـ ADHD الخاص بـ DSM III-R ، بناء على العبارات الموجودة بين معايير الأعراض .

ثالثا : تطبيقات واستخدام المقياس :

يقدم الـ CAAS معلومات مفيدة لتقييم سلوك الأطفال فى البيئات التربوية ، والصحية وجلسات الصحة النفسية . وفى البيئة التربوية ، يمكن استخدام الصورة المدرسية بواسطة المعلمين للتعرف على الاطفال الذين يتعرضون لخطر المشكلات الاكاديمية ، والإجتماعية والسلوكية . ويمكن أن تستخدم أيضاً فى قياس سلوك الطفل الذى يسبق الإحالة للتقييم بواسطة الاخصائى النفسى المدرسى ، أو للأغراض التشخيصية الطبية أو النفسية . ويمكن لنتائج صورة المدرسة أن تزود المعلمين بمعلومات عن أنماط سلوك تلاميذهم حتى يمكن إجراء التعديلات الضرورية فى برنامج الفصل . وتزود نتائج صورتى المدرسة والمنزل معاً

الاخصائى النفسى ينبع غزير من المعلومات التى يمكن بواسطتها مقارنة سلوك الطفل فى المدرسة والمنزل . ويمكن أن يستخدم ذلك ايضاً كأساس لمساعدة المعلمين فى التخطيط للطفل فى الفصل والتشاور مع الوالدين عن كيفية تعاونهما مع المعلمين فى التعامل مع طفل صعب . وعندما يستخدم الـ CAAS فى المدارس ، فعادة ما يكون اخصائى نفسى مدرسى مسئولاً عن التعاون بين مجموعات المعلمين ومدير المدرسة من أجل تحديد توقيت تطبيق الأداة .

وقد يرغب أطباء الأطفال الذين يرون الطفل لأول مرة فى الحصول على نتائج من كلا صورتى CAAS للتأكد من حدة وأنماط المشكلات الموجودة بالنسبة للتاريخ الصحى للطفل ، للمساعدة فى القيام بالتشخيص ، ولتقييم التغيرات فى السلوك بمرور الوقت . وفى مثل هذه الحالات ، قد يطلب طبيب الأطفال إذن الوالدين حتى يسمح للمعلم بتقييم الطفل على صورة المدرسة ، فى نفس الوقت الذى يكمل فيه أحد الوالدين صورة المنزل . وعندما يتوفر كلا التقديرين ، يمكن للطبيب مقارنة النتائج ببيانات الإطار المرجعى ويدمج هذه المعلومات فى تقييمه التشخيصى ، ومن ناحية أخرى ، فقد يطلب طبيب أطفال أن يقوم الإخصائى النفسى المدرسى بجمع البيانات من أجل التقييم الطبى ، ثم يبعث النتائج لطبيب الأطفال .

وبالمثل ، فعندما تتم رؤية الأطفال فى وكالات الصحة النفسية الخاصة أو العامة ، يمكن لموظفى الصحة النفسية أن يستخدموا المعلومات من كل من صورتى المدرسة والمنزل لتقييم حدة الأعراض الموجودة بالإضافة إلى تصميم وتقييم برامج التدخل العلاجى المناسبة .

وبغض النظر عن المكان الذى تستخدم فيه المقاييس ، من المهم أن يبذل القائمون على تقييم سلوك الطفل وتصميم خطط التدخل العلاجى أقصى جهودهم لمناقشة الحالة مع المتخصصين فى البيئات الاخرى من المهتمين أيضاً بنمو الطفل . فعلى سبيل المثال ، قد يرغب الأخصائيون التربويون فى الحصول على إذن من الوالدين لتقاسم نتائج CAAS مع الأطباء وأخصائيو الصحة النفسية . وسوف يجد هؤلاء الذين يعالجون الأطفال فى المكاتب الطبية أو الصحة النفسية من المفيد أن يتصلوا بالإخصائى النفسى فى المدرسة للحصول على معلومات من معلم الطفل ومن الوالدين لإستكمال تخطيطهم التشخيصى والعلاجى . وكلما كان هناك تناسق أفضل بين الاجراءات والبرامج التشخيصية والعلاجية ، كلما كانت المحصلة النهائية للأطفال افضل .

ونظرا لأن CAAS هو فقط مقياس لحالة الطفل السلوكية من وجهة نظر المعلم أو أحد الوالدين ، فلا يجب استخدام الدرجة كمحدد وحيد لإضطراب مثل إضطراب قصور الانتباه أو النشاط المفرط . ويجب أن تستخدم الدرجة الكلية ونمط الاستجابات على الأداة بالإضافة الى المعلومات الأخرى للقيام بتقييم شامل للطفل . ويوصى بشدة بأن تكون التشخيصات أو القرارات الأخرى التى تتضمن الأفراد مبنية على مصادر متعددة مختلفة ، تشمل دراسة عدد من الخصائص النفسية المختلفة .

ومفهومنا للنشاط المفرط هو أنه يظهر نفسه فى بيئة إجتماعية وهو ليس كينونة يمكن ربطها بحالة بيولوجية معينة . ومن ثم ، فلا يفزعنا أن يقدر المستجيبون من بيئات مختلفة الطفل بشكل مختلف أو عندما تتغير تقديرات أحد الأطفال من وقت لآخر.

الفصل الثانى

الخلفيـة النظريـة والتصميم

أولا : الخلفيـة النظريـة :

تم تصميم "مقياس انتبـاه الاطفـال وتوافقهـم" منـذ اوائـل السـبعينات ، عندمـا شـرع مؤلفـو المقياس فى دراسة طولية ضخمة للأطفال مفرطى النشاط . وقد كان من الأهداف الهامـة لهـذه الدراسة تصميم مقياس سلوكى يمكن استخدامه بواسطة المدرسين ، والوالدين ، والأطباء لقياس حدة الاعراض الهامة المرتبطة بالنشاط المفرط ، وهكذا الاسهام فى العملية التشخيصية .

وعند بدايتهم فى الدراسة كان هناك القليل المتـاح مـن اجـراءات القيـاس التـى يمكـن مـن خلالها القياس باستخدام محتوى عبارات وانماط سلوكية مرتبطة بالنشـاط المفـرط مـن وجهـات نظر كل من الوالدين والمعلمين . وقد قدم تلخيص سـاندوفال Sandoval (١٩٧٧) لاجـراءات القياس المتوفرة اطاراً لطريقة القياس للنشاط المفرط المستخدمة فى دراستهم .

وقد تمثلت مقاييس التقدير التى كانت متاحة فـى ذلـك الوقـت فـى تلـك التـى صممهـا بيـل وولدروب وويلر Bell, Waldrop and Weller (١٩٧٢) ، وكونـرز Conners (١٩٦٩) ، ديفز Davis (١٩٧١) ، جرينبرج ودييم ومكمهون Greenberg, Deem and McMachon (١٩٧٢) . وخلال السبعينات كان مقياس تقدير كونرز المكون من ٣٩ عبارة هو الاداة الاكـثر شيوعاً فى الاستخدام ، حيث كانت عباراته تعكس السلوك داخل الفصل ، الاتجاه نحو السلطة ، والمشاركة مـع الجماعـة (كونـرز وأيزنـبرج وبارسـاى Conners, Eisenberg & Barcai (١٩٦٧) ؛ كونرز وروثشـيلد Conners & Rothschild (١٩٦٨) ؛ فينـيرتى وسـوليتز وكـول Finnerty, Soltys & Cole (١٩٧١) .

وقـد تجمعـت مجموعـات مـن عبـارات "كونـرز" فيمـا بعـد فـى مقـاييس عامليـة مـع درجـات علـى العدوانيـة ، نقـص الانتبـاه ، القلـق ، النشـاط المفـرط ، والاجتماعيـة (كوبيـتز وبيالر ووينزبرج Kupietz, Bialer & Winsberg (١٩٧٢) ؛ رابوبورت ، كوين ، برادبارد ، ريدل ، بروكس Rapoport, Quinn, Bradbard, Riddle & Brooks (١٩٧٤) .

وبالرغم من أن جهود الاطباء النفسيين والمتخصصين الآخرين فى مجال الصحة النفسية لانجاز DSM II ، DSM III ، DSM III-R قد اسهمت فى تحديد زملة اعراض النشاط المفرط ، وبالرغم من أنهم قد ميزوا بين نقص الانتباه والتسرع (ADD) والنشاط المفرط (H) وأنماط السلوك المرتبطة بالعدوانية أو مشكلات السلوك ، تبقى هناك الحاجة الى اجراء ابحاث وقياس يمكن أن توضح طبيعة اضطرابات الطفولة هذه – والتى سميت سابقاً النشاط المفرط Hyperactivity ، رد فعل النشاط الحركى عند الاطفال Hyperkinetic reaction ، واضطراب القصور فى الانتباه Attention deficit disorder . أو اضطراب نقص الأنتباه مفرط الحركة Attention deficit hyperactivity disorder . وتبقى هناك ايضاً الحاجة لوصف "بروفيلات" الاعراض المرتبطة فى عينة ممثلة من الاطفال . والخطوة الأولى لبلوغ هذا الهدف هو استخدام طريقة لتقدير السلوك يمكنها أن تقدم قياساً يمكن الاعتماد عليه لانماط السلوك المرتبطة بهذه المشكلة الشائعة فى الطفولة ، ومثل هذا الإجراء للتقدير يجب أن يقدم مقاييس لنقص الانتباه ، التسرع ، النشاط المفرط والعدوانية أو مشكلات السلوك . وإذا أمكن تصميم مقاييس يمكن الوثوق بها لهذه المعايير فسوف تمكن المقاييس بالاضافة الى الاجراءات التشخيصية الاخرى الباحثين والكلينيكيين فى المستقبل من تصميم اجراءات تشخيصية صادقة وثابتة للنشاط المفرط واوجه القصور فى الانتباه .

ثانيا : تصميم المقياس :

يتكون "مقياس انتباه الاطفال وتوافقهم" من صورتين احداهما "صورة المدرسة" وتتكون من ٢٣ عبارة ، والأخرى "صورة المنزل" وتتكون ايضاً من ٢٣ عبارة وذلك بعد تعديل واختصار كل صورة والتى تتكون فى الأصل من ٣١ عبارة . والعبارات الخاصة بكل صورة ذات صلة بانماط السلوك الموجودة لدى الاطفال الذين تم تشخيصهم على انهم يعانون من النشاط المفرط أو ذات صلة بانماط السلوك الموجودة لدى الاطفال الذين يعانون من خلل طفيف فى وظائف المخ ، ولذلك فان اختيار العبارات كان قاصراً على انماط السلوك المرتبطة بالنشاط المفرط ولاتمثل المدى الواسع من المشكلات السلوكية الواضحة فى المجتمع الاصلى للطفولة .

ومن بين الدراسات التى تم الاستعانة بها لوصف النشاط المفرط مقالات ستيوارت وبيتز وجريج ودايرون Stewart, Pitts, Graig and Dieruf (١٩٦٦) ، كليمنتس وبيترز

Clements and Peters (١٩٦٢) ، لاوفر ودينهوف Laufer and Denhoff (١٩٥٧) ، وآخـــرون (كونـــرز وايزنــبرج Conners & Eisenberg ١٩٦٣ ؛ كونـــرز وآخـــرون Conners et al ١٩٦٧ ؛ سيترين وجيلبرت وايزنبرج Cytryn, Gilbert & Eisenberg ١٩٦٠ ؛ أيزنـــبرج Eisenberg ١٩٥٥ ؛ ســبرنج وبلنـــدن وجرينـــبرج ويليـــن Spring, Blunden, Greenberg & Yellin ١٩٧٦-١٩٧٧ ؛ ويـرى Werry ١٩٦٨ ، ويـرى ووايـز ودوجلاس ومارتن Werry, Weiss, Douglas & Martian ١٩٦٦) .

ولقد بينت التحليلات العاملية لعبارات المقياس – بصورتيـه المدرسـة والمـنزل – الابعـاد التالية :

١-	نقـــص الانتباه	Inattention (N)
٢-	التســـــــرع	Impulsivity (I)
٣-	النشاط المفـرط	Hyperactivity (H)
٤-	مشكلات السلوك	Conduct problems (CD)

ويمكـن دمـج العبـارات الموجـودة علـى بعـدى نقـص الانتبـاه والتسـرع وتكويـن مقيـاس اضطراب القصور فى الانتباه Attention deficit disorder (ADD) . أمـا المقيـاس الفرعـى السـادس للمقيـاس الأصلـى فهـو مقيـاس اضطـراب نقـص الانتبـاه مفـرط الحركـة Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) . وهنـاك مقيـاس آخـر وهـو (ADHD) والـذى يحوى فقط على تلك العبارات المذكورة فى معايير DSM III-R . وبالتـالى يكـون لكـل صـورة من صور المقياس سبعة أبعاد تتشابه فى مسمياتها ويمكن توضيحها فيما بعد .

ولقد اشار عدد من الباحثين (لونى Loney ١٩٨٠ ؛ لونى وزملاؤها Loney and et al ١٩٧٨ ؛ لونـى وميليش Loney and Milich ١٩٨٢ ؛ ميليش ولونـى Milich & Loney ١٩٨٢ ؛ روبرتس وزملاؤه Rroberts & et al ١٩٨١) الـى أن العدوانيـة والنشـاط المفـرط يمثلان اعراضاً مستقلة ، وأن الباحثين يجب أن يقيموا كل من النشاط المفرط (نقص الانتباه ، التسرع ، النشاط المفرط بتسميات DSM III) والعدوانية باى طريقة يصممونها . كمـا اشـارت الدراسـات العامليـة بصورتـى المـنزل والمدرسـة الـى اسـتقلال مشـكلات السـلوك Conduct problems عن النشاط المفرط ، ونقص الانتباه والتسرع .

ولذلك فمحتوى عبارات مقاييس CAAS يتسق مع الدراسات السابقة التجريبية التـى تميز بين الافراد مفرطى النشاط وافراد المجموعات الضابطة ، ويتعرف علىانماط سلوكية اتضحت حساسيتها للعلاج بالمنبهات (والذى يمثل العلاج الطبى الاكثر شيوعا للحالة ، ويساعد على قياس السلوك مفرط النشاط والعدوانى) . وعلاوة على ذلك توضح المقارنة بين العبارات وكل من معايير DSM III ، DSM III-R انها تمثل بشكل كاف المعايير التشخيصية النفسية الحالية لقصور الانتباه / النشاط المفرط ومشكلات السلوك / العدوانية . وتعكس مقاييس CAAS المعايير الكلينيكية الحالية وتمثل مقاييس موضوعية لانظمة DSM III ، DSM III-R التصنيفية لهذه المشكلات فى سياق كل من المنزل والمدرسة

مما سبق يمكن القول بأن مقياس CAAS يتكون من صورتين ؛ صورة المدرسة School form وصورة المنزل Home form . وفيمايلى وصف لكل صوره :

(أ) صورة المدرسة :

تطبق هذه الصورة على الاطفال من سن المدرسة من رياض الاطفال الى سن المراهقة المبكرة . وتتكون من ٢٣ عبارة ، موزعة على الابعاد التالية :

(١) نقص الانتباه Inattention (N) .

(٢) التسـرع Impulsivity (I) .

(٣) اضطراب القصور فى الانتباه Attention dificit hyperactivity disorder (ADD) .

(٤) النشاط المفرط Hyperactivity (H) .

(٥) اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة

Attention difficit hyperactivity disorder (ADHD)

(٦) مشكلات السلوك Conduct disorder (CD)

(٧) اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة ADHD والمشتق من معايير DSM III-R

والجدول التالى رقم (١) يوضح عبارات كل بعد ..

جدول (١)
الابعاد المختلفة وعباراتها لمقياس CAAS
(صورة المدرسة)

رقم	أسم البعد	العبـــــــــارات
١	N	٦ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١٧
٢	I	٧ ، ١١ ، ١٢
٣	ADD	٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ، ١٧
٤	H	١ ، ٢ ، ٢٠ ، ٢١
٥	ADHD	١ ، ٢ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢، ١٧ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢
٦	CD	٣ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٨ ، ١٩ ، ٢٣
٧	DSM III-R. ADHD	١ ، ٢ ، ٥ ، ٦ ، ٨ ، ١٠ ، ١٧

(ب) صورة المنزل :

وتتكون هذه الصورة أيضاً من ٢٣ عبارة موزعة على نفس الابعاد السابقة . والجدول التالى رقم (٢) يوضح ابعاد وعبارات تلك الصورة :

جدول (٢)
الابعاد المختلفة وعباراتها لمقياس CAAS
(صورة المنزل)

رقم	أسم البعد	العبـــــــــارات
١	N	٧ ، ٩ ، ١٠ ، ١٦ ، ١٧
٢	I	٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦
٣	ADD	٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١٠ ، ١٦ ، ١٧
٤	H	١ ، ٢ ، ٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١
٥	ADHD	١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١
٦	CD	١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ٢٢ ، ٢٣
٧	DSM III-R. ADHD	١ ، ٢ ، ٦ ، ٧ ، ٩ ، ١٠ ، ١٦

الفصل الثالث

التطبيق والتصحيح والتفسير

أولا : التطبيق :

عند تطبيق المقياس فى البيئات التعليمية ، يجب أن يتم ذلك من خلال اخصائى نفسى مدرسى أو أحد المدرسين ولكن بتوجيه من الاخصائى النفسى . وعند استخدام المقياس من أجل الاحالة للعلاج أو لقياس التعرض للاضطراب يجب على الاخصائى النفسى الاستعانه بتقديرات الصورة المنزلية من الوالدين بجانب الصورة المدرسية وذلك من اجل التخطيط الجيد لعمل برامج علاجية .

وعندما يستخدم CAAS فى البيئات الطبية أو الصحة النفسية يكون الشخص المسئول عن التشخيص و/أو العلاج مسئولاً عن جمع تقديرات CAAS من الوالدين والحصول على موافقتهما على اجراء الصورة المدرسية .

وتحتاج كل من الصورتين المدرسية والمنزلية زمناً للتطبيق يتراوح من ٢-٥ دقائق لاكمالها ويجب أن يجيب على صورة المدرسة مدرس الفصل بتوجيه من الاخصائى النفسى ويجيب على صورة المنزل أحد الوالدين أو شخص آخر راشد تتوفر لديه الالفه بسلوك الطفل بالمنزل .

ونظراً لأن بعض العبارات على المقياس مثل العبارة التى تقول "يكذب" هى انماط سلوكية تتطلب حكماً على مسأله أو سلوك حساس ، فان المدرسين أو الآباء يجب أن يتأكدوا من أن المعلومات المقدمة سوف تبقى سرية عن الاطراف الاخرى البعيدة عن فريق العمل مع الحالة . وللتقليل من تحيز الاستجابة من جانب الاشخاص القائمين بالتطبيق على الاخصائى النفسى أن يوضح للمدرس أو الوالدين بأن المقياس اداة لتقدير عدة انماط سلوكية رئيسية ترتبط بالتوافق المدرسى .

وعند التطبيق يقوم المدرس أو الاخصائى النفسى أو أحد الوالدين على حسب الصورة المطبقة بتقدير سلوك الطفل على كل عبارة من عبارات المقياس على مقياس تقدير مكون من

أربعة نقاط . فاذا كانت العبارة لاتميز الطفل على الاطلاق توضع علامة (×) اسفل كلمة اطلاقاً فى المربع الخاص بها . أما اذا كانت مميزه للطفل قليلاً فتوضع العلامة اسفل كلمة قليلاً ، واذا كانت تميز الطفل الى حد ما فتوضع العلامة اسفل كلمة الى حد ما . واذا كانت مميزة جداً للطفل فتوضع العلامة اسفل كلمة كثيراً .

مثـــــال :

العبـــــــارة	اطلاقا	قليلا	الى حد ما	كثيرا
متهـــــــــور		×		

تعنى هذه الاجابة أن الطفل متهور بدرجة قليلة .

ثانياً : التصحيـــح :

بعد التأكد من اكتمال الاجابة على كل الاسئلة سواء صورة المدرسة أ والمنزل يتم التقدير وفقاً لمقياس التقدير التالى :

اطلاقا	الدرجة	١	قليلاً	الدرجة	٢
إلى حد ما	الدرجة	٣	كثيراً	الدرجة	٤

وتجمع درجات عبارات كل مقياس والمدونه فى الجدولين (١ ، ٢) لكل من المقاييس التالية :

نقـــص الانتبـــــاه (N) ، التسرع (I) ، اضطـــراب قصـــور الانتبـــاه (ADD) ، النشـــاط المفرط (H) ، اضطراب قصور الانتباه مفرط الحركة (ADHD) ، مشكلات السلوك (CD) ، اضطراب قصـور الانتبـاه مفـرط الحركـة (ADHD) فـى DSM III-R . ويجـب أن نلاحـظ أن ADD هنا يشير الـى تسمية DSM III وأن ADHD فـى DSM III-R تتفـــق مـــع معايير DSM III-R لاضطراب القصور فى الانتباه مفرط الحركة .

ثالثا : التفســـير :

عند تفسير الدرجات ، من المهم أن يكون لدينا أولا إطار تصورى لأصول النشاط المفرط والذى يشمل وجهات النظر الرئيسية عن هذا الإضطراب فى الطفولة ، وفى مقابل قصور طفل ما أو نموذج نظام إجتماعى صرف ، يتميز النموذج الذى بنى عليه المقياس بانه نموذج نظم متفاعلة .

ويفترض النموذج الأخير أن الفروق الفردية فى التكوين البيولوجى والسيكولوجى للطفل ، وفى بيئته الأسرية ، وفى البيئة المدرسية ، تتفاعل جميعها لتحديد ما إذا كان سلوك طفل ما يحيد أولا يحيد ، إما بالمنزل أو المدرسة ، بدرجة كافية عن السواء بحيث يقدر على أنه يمثل مشكلة سلوكية مفرطة على واحد أو أكثر من مقاييس CAAS . وتصبح حدة مشكلات الطفل السلوكية فى النهاية العامل الرئيسى فى قرار إحالة طفل ما إلى الطبيب لإجراء تقييم طبى ولتقديم توصيات تتعلق بالعلاج . وبدلاً من اعتبار التكوين الإجتماعى على أنه الحكم الوحيد للسلوك مفرط النشاط وقصور الإنتباه ، أو إفتراض أن السلوك يتحدد فقط من خلال قصور أيضى معنوى أو السمات المزاجية للفرد ، فإن النموذج التفاعلى متعدد الأبعاد يفترض تفاعلات معقدة بين بيئة الطفل وحالة الطفل البيولوجية والنفسية .

ويقع تكوين الأطفال الجسمى على عدد من المتصلات Continua للقدرة الفيزيائية العصبية ، وينمو الأطفال فى بيئات إجتماعية قد توصف ايضاً من خلال عدد من العوامل . وقد يعتبر طفل ذو تكوين جسمى معين فى ظل ظروف بيئية معينة مفرط النشاط ، أو أنه يعانى من قصور فى الانتباه ، أو كلاهما ؛ ومع ذلك ، فإن نفس هذا الطفل لو نشأ فى بيئه مختلفة قد لايعتبر مفرط النشاط أو يحكم عليه على أنه يظهر نقصاً فى الانتباه أو تسرعاً . فعلى سبيل المثال ، إذا وضع فى فصل يدرس فيه معلم صارم مسئول عن عدد كبير من الدروس لمجموعات كبيرة من الأطفال طفل صعب المزاج وذو فترة إنتباه قصيرة نوعاً ما فقد يعد مفرط النشاط ؛ ومع ذلك ، فنفس هذا الطفل من المحتمل ألا يعد كذلك اذا قام بالتدريس له معلم اكثر مرونه يلقى دروسه فى مجموعات صغيرة ويتواءم مع الأنماط السلوكية للأطفال وإحتياجاتهم .

وللسبب نفسه فإذا كان هناك طفلان لهما تكوين جسمى مختلف وينشآن فى بيئتين مختلفتين فقد يشخص كلاهما على أن لديهما إضطرابات قصور فى الانتباه ونشاط مفرط .

والعوامل البيولوجية والبيئية إما تعادل بعضها البعض أو تتحدد بطرق تؤثر على إحتمال أن يحال الطفل إلى طبيب من أجل التشخيص والعلاج والشكل الأكثر تطرفا لهذا الرأى ، وهو ما لسنا مستعدين لتأييده ، هو أن أى طفل معين موضوع فى بيئة قاسية سوف يعتبر مفرط النشاط أو ذا قصور فى الانتباه . ونفس هذا الطفل قد يوضع فى بيئة أخرى ولايتم التعرف عليه أو علاجه من مشكلات . ونحن لسنا مستعدين لتقبل الرأى البيئى المتطرف لأننا نعتقد أن هناك أطفالا سيكون لديهم بالتأكيد مشكلات الإفراط فى النشاط أو نقص الانتباه بغض النظرعن الطريقة التى يعاملون بها فى المنزل أو المدرسة . ويتمثل القياس والمهمة التشخيصية فى تقدير حدة أعراض النشاط المفرط وقصور الانتباه ، من جانبى المنزل والمدرسة ، ومن ثم دراسة الخصائص السلوكية للطفل والسنوات المبكرة من العمر وطبيعة المتطلبات البيئية المنزلية والمدرسية .

ويجب أن توضع دراسة الأبعاد البيئية المرتبطة بالنشاط المفرط فى الاعتبار تلك العوامل التى تسهم فى حدوث المشكلة . ويقترح أن تكون العوامل التالية مؤثرة فى عملية التعرف والعلاج :

العامل الأول :

الفروق الفردية فى تكوين الأطفال :

أكد ستيوارت Stewart ١٩٧٧ ، توماس ، تشيس ، بيرش Tomas, Chess & Birch ١٩٦٨) على أن الفروق الفردية فى امزجة الأطفال يمكن تمييزها عند الميلاد . ويمكن إتضاح وجود سمات مزاجية مثل مستوى النشاط وتشتت الانتباه لدى الرضع مبكرا وتستمر مميزة لهم على مدى حياتهم . وقد وجد توماس وآخرون Tomas et al (١٩٦٨) أن ١٠٪ من أفراد عينتهم التىتنتمى الى الطبقة المتوسطة العليا يمكن تصنيفهم على أنهم أطفال "صعبين" Difficult ذوى أعراض من السلوك الشاذ ، وردود الأفعال الحادة بشكل غير عادى للمواقف الجديدة ، ومقاومة التغير والميل إلى الانسحاب من المثيرات الجديدة . ومع ذلك فملاحظتهم لمجموعة الأطفال الصعبين الذين نشأت لديهم فيما بعد مشكلات سلوكية أفضت بهم إلى إستنتاج أن المعاملة الموضوعية المتسقة لهم فى بيئه مرنة بشكل مثالى قد أدت الى وقاية هؤلاء الأطفال من التعرض لمشكلات سلوكية خطيرة . وتفصح الفروق الفردية عن نفسها فى أوضح شكل فى أربعة مجالات سلوكية يمكن ملاحظتها :

(أ) مستوى النشاط ، (ب) نقص الانتباه والتشتت ، (جـ) التسرع ، (د) التطفل الإجتماعى – العدوان . وهذه الخصائص يشيع ذكرها فى الأوصاف الكلينيكية للأطفال مفرطى النشاط (لامبرت ، ويندملر ، ساندوفال ومور Lambert, Windmiller, Sandoval & Moore ، ١٩٧٦) وهى الخصائص السائدة التى يتم قياسها فى التجارب الكلينيكية لعلاج الأطفال مفرطى النشاط .

وقد إقترح بعض الباحثين عوامل بنيوية أخرى مسببة للمشكلة بخلاف المزاج فى تفسيرهم للفروق الفردية فى السلوك . فيقترح ويندر Winder (١٩٧١) أن أنماط السلوك مفرط النشاط تعزى إلى اختلال فى وظائف الجهاز العصبى المركزى ، ويقترح فاينجولد Feingold (١٩٧٥) ايضاً عوامل عضوية ، وأن الأطفال مفرطى النشاط يستجيبون على نحو غير ملائم لكيماويات معينة فى الطعام . ويقترح "موريسون وستيوارت" Morrison and Stewart (١٩٧٣) نموذج وراثى لزملة أعراض الطفل مفرط النشاط .

والمدى الذى ينتج عنده سلوك طفل ما عن متغيرات وراثية – بنيوية أو عن التعلم الاجتماعى هو مسألة ستظل تثير الجدل لفترة من الوقت . وإذا كان النموذج التفاعلى صحيحاً ، فإن الأسئلة التى تضم "إما – أو" تكون عقيمة . والمسألة هنا هى أن الفروق الفردية فى العوامل البنيوية Constitutional تحتاج إلى أخذها فى الاعتبار فى العملية التشخيصية وفى الأبحاث التى تجرى عن التعرف على النشاط المفرط ، ومساره وعلاجه .

العامل الثانى :

الفروق الفردية فى البيئات المنزلية :

من المؤكد أن البيئة الأسرية التى يولد فيها الطفل هامة فى تحديد ما إذا كان الطفل سيتم التعرف عليه على أنه مفرط النشاط ، ومتى سيكون ذلك ، وكيف وممارسات تربية الطفل ، المعتقدات الوالدية عن السلوك المناسب لعمر الطفل ، وأمزجة الوالدين أنفسهم ومستويات تحملهم ، ومهارتهم فى تنشئة الأطفال إجتماعيا جميعها هامة فى تحديد ما إذا كانت الأسرة تتعرف على الطفل على أن مفرط النشاط ونأخذه إلى أحد الاطباء للتعرف على رأى الطب وقد حدد باترنايت ولونى Paternite and Loney (١٩٨٠) عددا من العلاقات بين الأعراض والبيئات الأسرية ، وأشار "مينوشن وزملاؤه" إلى أن الطفل الذى تم التعرف عليه قد يلعب دوراً هاماً فى التركيب الاجتماعى الأسرى .

وباتباع هذا الخط الاستدلالى ، فإن باقى الأسرة قد "تحتاج" إلى الطفل مفرط النشاط ومشكلاته كى تتجنب الصراعات التى قد تندلع وتدمر وحدة الأسرة (مينوشن ، روزمان ، ليبمان ، ميلمان ، تود ، Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman & todd ١٩٧٥) . ويتأثر الجو الإنفعالى للمنزل بعوامل أقل إتضاحا مثل الموت ، الطلاق ، الحراك ، الفقر ، والأحداث الأخرى التى تخلق ضغوطا لدى كل عضو فى الأسرة بمفرده ولدى الأسرة كوحدة .

العامل الثالث :

الفروق الفردية فى البيئات المدرسية :

لسنوات طويلة كان رأى المربين أن بيئة مدرسية معينة قد تسهل النمو التربوى Educational development لبعض الاطفال وتكون ضارة لأطفال آخرين . والاتجاهات الشائعة تجاه التعلم الذاتى هى محاولات لخلق بيئات قد يكون فيها عدد أكبر من الأطفال ناجحين عما قبل . الكثير من الأطفال لايتم التعرف عليهم على أنهم مفرطى النشاط حتى يلتحقون بالمدرسة ،والبعض الآخر لاتطلق عليهم هذه التسمية حتى يكونوا قد قضوا بالفعل سنوات عديدة بالمدرسة . ومن الواضح أن البعض يقول أن البيئة التربوية ترتبط بكل من السلوك مفرط النشاط لدى الأطفال وبالعملية التى يتم من خلالها التعرف عليهم .

وقد بدأ الباحثون منذ عهد قريب فقط فى التفكير فى أهمية بيئة الفصل فى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال . وفى دراسة تتبعية لمدة عام لمجموعة من الأطفال الذكور الذين تراوحت أعمارهم بين ٦-١٢ عاماً والذين تمت رؤيتهم فى إحدى العيادات التى ترددوا عليها بسبب مشكلات تتصل بتشتت الانتباه المستمر أو التململ الحركى والتسرع ، وجد "فلين ورابوبورت" Flynn and Rapoport (١٩٧٦) أن الأطفال الذين ينتمون إلى ما أسموه الفصول "المفتوحة" Open تم تقديرهم بواسطة معلميهم على أنه أقل إختلافا عن أقرانهم واقل إحداثا للفوضى من الأطفال الموضوعين فى فصول تقليدية . وقد تناقضت الملاحظات المباشرة للنشاط فى الفصل والتى قام بها ملاحظ خارجى مع احكام المعلمين فى أن الأطفال فى الفصول المفتوحة كان سلوكهم مشابها لهؤلاء الموجودين فى الفصول التقليدية . وكما يشير المؤلفان فهناك إحتمالان . فعلى عكس أحكام الملاحظين الخارجيين ، إما أن الأطفال أقل إفراطا فى النشاط فى الفصول المفتوحة ، أو أن معلميهم أكثر تسامحاً مع سلوكهم ولايدركوهم على أنهم

مختلفين عن أقرانهم ، وفى أى من الحالتين . فإن الطفل مفرط النشاط قد يجد أن الفصل المفتوح يمثل بيئته أكثر دعماً له . وينبغى أن نذكر أن "فلين ورابابورت" لم يعتبرا فصولهم المفتوحة بيئات غير منظمة . وإنما اعتبروها منظمة بواسطة المعلم والتلاميذ الذني يعملون معا ، بينما كانت الفصول التقليدية منظمة من خلال المعلم فقط . وقد إتسمت الفصول المفتوحة بخطوط عريضة واضحة وصريحة عن السلوك المقبول ، بوجود معلمين يتميزون بنوع من الاسترخاء فى التعامل مع الصراعات بين الأفراد والقدرة على تقديم الدعم الانفعالى للأطفال ، وأطفال كانوا متوجهين نحو المهام التعليمية الفردية التى يقومون بها .

وفى دراسة أخرى ذات صلة ، قام "كوستر وفارلى" Koester and Farley (١٩٧٧) بتحليل التغيرات فى مقاييس أداء التمييز البصرى ، المعلومات العامة ، التركيز ، الاستقرار الحركى ، والبحث عن الاستثارة لدى أطفال الصف الأول على مدى فترة زمنية مدتها عام . وهؤلاء الأطفال الذين وصفهما الباحثان بأنهما "مفرطى النشاط" على أساس مقاييس فسيولوجية لمستوى الإثارة لم يكن أداؤهم أفضل فى الفصل المفتوح أو التقليدى . ومع ذلك فالأطفال ذوى مستويات الإثارة المرتفعة ، أو إذا اردنا استخدام تعريفهما" غير مفرطى النشاط Nonhyperkinetic ، أظهروا تناقصاً فى درجات التمييز البصرى إذا كانوا قد أمضوا هذه السنة فى الفصل المفتوح . وبالرغم من أن النتائج غير حاسمة تماما ، فهى تقدم بعض المصداقية للرأى القائل بأن بيئات الفصل قد تساعد أو تعوق الأطفال .

وفى دراسة عن شيوع النشاط المفرط ، تم سؤال ٢٠٠ معلم تقريبا كيف ستكون نصيحتهم لمعلم حديث عن كيفية مساعدة طفل مفرط النشاط على الأداء الجيد فى الفصل (ساندوفال ، ساسون Sandoval & Sassone ١٩٧٧) ، وقد وجد أن الحلول التى قدموها تتفق مع نفس نموذج الاستراتيجيات السلوكية للمعلم الموجود فى الفصول المفتوحة التى وصفها "فلين ورابوبورت" . فقد اشار هؤلاء المعلمون إلى أن الأطفال ذوى السلوك مفرط النشاط يمكن مساعدتهم فى فصل يكون المعلم فيه متقبلاً ومدعماً للطفل ولكنه فى نفس الوقت ايضا يكون له متطلبات تحصيلية واقعية . ويجب أن تقدم بيئة الفصل واجبات قصيرة ومتنوعة مع المراقبة الفردية الدقيقة للطفل ، ويجب أن يكون هناك حد أدنى من تقييد الحركة .

وكذلك فإن إتجاهات المعلمين نحو الأطفال عموماً ، وارائهم عن السلوك المناسب لعمر الطفل والسلوك غير السوى اجتماعياً ، هامة فى تحديد ما يجب أن يكون عليه سلوك الطفل فى الفصل . إن الطريقة التى تفرض بها القيود على السلوك فى الفصل شيء ، وطبيعة هذه القيود

وما إذا كانت فى إطار قدرات الطفل شيء آخر تماماً . وإذا كان أحد المعلمين يعتقد أنه من المهم لطفل فى الثامنة من عمره أن يجلس هادئاً فى مقعدة لفترات طويلة من الوقت ، فإن بيئه الفصل للأطفال ستكون مختلفة تاماً عما إذا كان المعلم يعتبر من الهام للأطفال أن يغيروا الأنشطة التى يقومون بها كثيراً . وكما أن الأطفال يتباينون فى أمزجتهم فكذلك المعلمون ؛ وكما يتباين المعلمون كذلك بيئات الفصل الدراسى .

وتحدد العوامل الأكثر مباشرة الأخرى ايضاً بيئات الفصل . فعدد الأطفال فى الفصل ، وعدد الوسائل التعليمية وتنوعها ، وتوافر معاونى المعلمين ، والتوجه التربوى للمعلم والإدارة ، ومستويات الاستعداد لدى التلاميذ بوجه عام جميعها تسهم فى بيئة الفصل . وهذه العوامل قد تدعم أو تعوق الأطفال فى مستويات عديدة من النمو فيما يتعلق بمستوى نشاطهم ، قدرتهم على مواصلة الإنتباه ، تسرعهم أو عدوانيتهم .

إن "مقياس إنتباه الأطفال وتوافقهم النفسى يقدم عناصر رئيسية فى عملية التخطيط التشخيصية والعلاجية . وبالرغم من أن هذا الدليل يركز على تصميم المقاييس وخصائصها السيكومترية ، فمن المهم أن نتذكر أثناء تقدمنا فى تفسير النتائج أنها تقيس الخصائص الفردية للطفل من وجهتى نظر كل من المنزل والمدرسة . وإذا كانت هناك اختلافات فى حدة التقديرات التى يقوم بها المعلم أو أحدالوالين ، فقد يبحث المرء عن تفسيرات تتعلق بأداء الطفل فى أى من هاتين البيئتين . وعندما يكون الطفل مفرط النشاط موقفياً Situationally ، فقد يضع الفرد فى الاعتبار التشاور مع الوالدين أو المعلمين لجعل البيئة المنزلية أو المدرسية أكثر مرونة . ومن ناحية أخرى ، فإذا كان الطفل مفرط النشاط بصورة منتشرة وعامة Pervasively ، يشار إلى تقييم طبى ونفسى إضافى لتقدير العوامل البيولوجيةوالنفسيةوالبيئية الكلية التى تمس بشكل وثيق صورة الطفل الحالية ، وليست هناك إجابة سهلة ؛ فالطفل ليس ببساطة مجرد فرد يعانى من قصور فى الانتباه و / أو النشاط المفرط ، ولكنه طفل يعيش ويتعلم فى البيئات المنزلية والمدرسية . ويستطيع الأطفال أن تيغيروا ، كذلك يمكن للبيئات أن تتغير . ومهمة الإخصائى النفسى ، والمربى والطبيب هى الإهتمام الدقيق بالأعراض الحالية لدى الطفل ، وأخذ النظم البيئية فى الإعتبار لتصميم نظام علاجى ملائم وشامل .

ولتقديم صورة لسلوك الطفل يمكن النظر إلى الأعراض الأربعة الهامة المرتبطة باضطرابات قصور الإنتباه المفرط الحركة وتوصى البراهين التى تم تلخيصها فى هذا الدليل

بأنه ليس هناك نوع واحد من الأطفال ذوى مشكلات قصور الانتباه والنشاط المفرط ، وإنما عدة أنواع . وقد تشير هذه الصورة الى المشكلات المصاحبة والمستقبلية للطفل . وبالنسبة لهؤلاء الذين يخططون للتدخلات العلاجية للأطفال المحالين إليهم ، يجب أن يولى الإهتمام بما إذا كانت المشكلة الأكثر حدة هى نقص الانتباه ، أو التسرع ، أو النشاط المفرط أو مشكلات السلوك أو أكثر من عنصر معاً . إن التدخلات العلاجية لمواجهة هذه الاحتياجات لكل طفل كما تنعكس فى الأعراض الأربعة السابقة يجب أن تؤخذ فى الإعتبار . ولن يكون تدخلاً علاجياً واحداً فعالاً مع جميع الاطفال الذين تكون درجاتهم فى مدى حرج مثل الدرجة التى تزيد بانحراف معيارى واحد فوق المتوسط ، أو الدرجة فى المدى المعيارى الموصى به الذى يوحى بدلالة تشخيصية محتملة ، ويجب تقييم الأداء الكلى للطفل على الـ CAAS بالإضافة إلى الخصائص النفسية الأخرى وبيئة الطفل .

ومع ذلك ، يمكن استخلاص بعض الاستنتاجات . فعلى سبيل المثال ، الأطفال الذين يحصلون على درجات مرتفعة على نقص الانتباه أكثر إحتمالاً لأن يعانوا من صعوبات فى التحصيل والمهام التى تتطلب الانتباه المتصل لمدة من الوقت ونظراً لأنهم قد يعانون من صعوبات فى المنزل أو المدرسة بسبب ذلك ، يوصى بتدخلات علاجية لتحسين انتباههم .

والأطفال المتسرعين والذين يحصلون على درجات مرتفعة ايضاً على مشكلات السلوك يحتمل تعرضهم لخطر الفشل التعليمى ، الجناح ، ومشكلات السلوك فيما بعد . ويجب أن تؤخذ فى الاعتبار أنواع مختلفة من التدخلات العلاجية لتحسين أداء هؤلاء الأطفال مع الآخرين وضبطهم لأنفسهم .

والأطفال المرتفعين فى كل من التسرع ونقص الإنتباه والذين يحصلون على درجة كلية مرتفعة على ADD هم الأكثر إحتمالاً لأن يحتاجون المزيد من التقييم والعلاج الطبى . والعلاج بالمنبهات قد يوصى به طبيب الطفل لتحسين مشكلات الانتباه ، ولكن حتى عندما يستخدم الدواء ، فلا زالت هناك حاجة الى جهود المدرسة والأسرة لمساعدة الطفل فى المهام التى تتطلب قدراً معقولاً من الانتباه ، ويجب أن تبذل الجهود لمساعدة الطفل على التحكم فى سلوكه المتسرع .

إستخدام درجة ADHD للتصفية :

توضح البيانات التـى قدمناهـا أنـه إذا كـان الفـرد يرغـب فـى اسـتخدام درجـة واحـدة فـى التعرف على الأطفال لإجراء المزيد من التقييم للنشاط المفـرط ، فـإن الدرجةالكليـة لـ ADHD تمثـل مصفوفـة عامـة مفيـدة للصعوبـات فـى المدرسـة والبيـت . ويمكـن لمسـتخدم الأختبـار أن يحصل علىدرجات صورة المدرسة من جميع الأطفال فى مستوى صف دراسـى مـا ويتعـرف على الأطفال الذين يحصلون على أعلى الدرجات فى الصف كى يجرى لهم المزيد من التقييم . وحيث أننا نوصى بعدم استخدام مقياس تشخيصى واحد فقط لإطلاق تسمية معينة على طفل أو إختياره للعلاج ، فإن الأطفال الذين يحصلون على درجات مرتفعة سوف يحتـاجون إلـى تقييـم إضافى قبل إتخاذ المزيد من الإجراءات .

ومن بين المعلومات الهامة التـى يجـب الحصـول عليهـا تقديـرات صـورة المـنزل لجميـع الأطفال الذيـن يتـم إختيـارهم أو الذيـن يحصلـون علـى درجـات فـوق مسـتوى محـدد . وتـزود المعلومات التى يتم الحصول عليهامن الوالدين بيانات عن سلوك الأفـراد بـالمنزل ، وإذا إتفـق كلا من الوالدين والمعلمين على أن سلوك الطفل يأتى فى مستوى حرج ، حينئذ ينصـح بـإجراء المزيد من التشخيص . والأطفال الذين يحصلون على درجة مرتفعة إما فى صورة المدرسة أو الأسرة يحتاجون الى المزيد من التقييم ، ولكن الأطفال الذين تكـون مشـكلاتهم سـائدة ومنتشـرة كما تشير الدرجات المرتفعة على كلا الصورتين فيجب تتبعهم .

وتشمل بعض إجراءات المتابعة المقترحة مقابلات مع الوالدين للحصول على بيانات عـن التاريخ الصحى فى السنوات الأولى من عمر الطفل ، ويشمل هذا معلومات عن مزاج الطفل ، وما إذا كانت أعراض النشاط المفرط ، ونقص الانتباه والتسرع مسـتمرة لفـترة طويلـة . كذلـك ينصح باجراء تقييم طبى نفسى .

إستخدام الدرجات المعيارية للمتابعة :

بالرغم من أن الدرجة الكلية لـ ADHD هى مؤشر مفيد لـلأداء الكلـى للطفـل فيمـا يتعلـق بأعراض النشاط المفرط فى الطفولة ، الا أنـه الدرجـات المعياريـة المقترحـة تجعـل المسـتخدم قادراً على تحديـد أى الأطفـال لديـه أعـراض خاصـة فـى المـدى الكلينيكـى . وكمـا أشـرنا فـى

استعراض موجز للإجراءات التفسيرية المحتملة مع الدرجـات المستمرة ، فـإن الأطفـال الذيـن تكون درجاتهم فى المدى المعيارى تكون لديهم إحتمالية مرتفعة للمعانـاة مـن مشـكلات تربويـة وسلوكية ونفسـيه متعـددة . ويجـب أخـذ كـل مـن الدرجـات المعياريـة الموقفيـة Situational . والدرجات المعيارية السائدة أو المنتشرة Pervasive فى الإعتبار لأنها تشير إلى البيئـات التـى يمكـن فيهـا ملاحظـة مشـكلات الطفـل فـى أوضـح صـورة ،وهكـذا توصـى بـأفضل مـن يقــوم بالتدخلات العلاجية - الوالدين ، المعلمين ، أو كلاهما .

الفصل الرابع

تقنيـــن المقيـــاس

أولا : عينة التقنين :

تكونت عينة التقنين لصورة المدرسة من ١٢٢٥ تلميذاً (٦٥٣ ذكور ، ٥٧٢ أناث) من مدارس ابتدائية عامة وخاصة فى الريف والمدينة فى محافظة أسيوط . وتراوحت أعمارهم بين سن رياض الاطفال الى سن المراهقة المبكرة (٤ - ١٤ سنة) .

وتم تقسيم هذه العينة الى أربعة مجموعات ، تلاميذ الحضانة ، تلاميذ الصفين الأول والثانى من المرحلة الابتدائية ، ثم تلاميذ الصفين الثالث والرابع والخامس من نفس المرحلة ، أما المجموعة الرابعة فمن تلاميذ المرحلة الاعدادية . ولمعرفة تأثير العمر والجنس ، استخدم تحليل التباين بين المجموعات ، واتضح منه عدم وجود فروق بين المجموعتين الاولى والثانية فى الابعاد المختلفة لمقياس CAAS بينما كانت هناك اختلافات بين المجموعات الاخرى ومن هنا وضع العمر فى الحسبان لتقسيم المجموعات ، كما اتضح وجود اختلاف فى درجات المقياس باختلاف الجنس فى أربعة أبعاد من السبعة ، ومن ثم وضع الجنس فى تقسيم العينة الخاصة بالتقنين . من خلال التحليل الاحصائى السابق فقد تم تقسيم عينة التقسيم الى ثلاث مجموعات عمرية كالتالى :

المجموعة الأولى ، حيث اشتملت على تلاميذ ما قبل المدرسة ومرحلتى الطفولة المبكرة والوسطى (٤ - ٨ سنة) .

المجموعة الثانية ، واشتملت على تلاميذ الطفولة المتأخرة ؛ الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة الابتدائية (٩ - ١١ سنة) .

المجموعة الثالثة ، وتتكون من تلاميذ المراهقة المبكرة ؛ المرحلة الاعدادية (١٢ - ١٤ سنة) .

والجدول (٣) يوضح توزيع العينة طبقاً للجنس والمستوى العمرى .

جدول (٣)

عينة تقنين المقياس طبقا للجنس
والمستوى العمرى

الجنس / السن	٤–٨ سنه	٩–١١ سنه	١٢–١٤ سنه	٤–١٤ سنه
ذكور	٢٢٤	٢٤٧	١٨٢	٦٥٣
اناث	١٨١	٢٣٦	١٥٥	٥٧٢
المجموع	٤٠٥	٤٨٣	٣٣٧	١٢٢٥

كما تم الحصول على بيانات التقنين لصورة المنزل من والدى الاطفال الذين تراوحت اعمارهم من ٤ – ١٤ سنة ، حيث اشتملت عينة التقنين على ٨٩ من الذكور ، ١١٩ من الأناث أى أن العينة الاجمالية ٢٠٨ ولى أمر ، ولقد كانت تطبق صورة المنزل لطفل واحد لولى الأمر . ولقد كانت تلك العينة الخاصة بالتقنين تمثل اولياء الأمور المتطوعين فى البحث من عينة أكثر من ٥٠٠ ولى أمر .

ثانياً : ثبات المقياس :

١- معاملات الثبات والارتباطات الداخلية لصورة المدرسة :

يوضح جدول (٤) الارتباطات الداخلية لمقاييس صورة المدرسة لعينة التقنين الكلية ١٢٢٥ تلميذا ، كما يوضح جدولى (٥ ، ٦) تلك الارتباطات لعينة كل من الذكور والاناث .

وبين جدول (٧) معاملات ثبات الفا للمقاييس الفرعية لصورة المدرسة لعينة من الذكور قوامها ١٤١ تلميذ ، وعينة من الاناث قوامها ٩٢ تلميذه .

أما جدول (٨) فيشير الى معاملات الثبات بطريقة اعادة الاختبار بعد ٢١ يوم على عينة قوامها ٩٥ من الذكور والاناث .

جدول (٤)

معاملات الارتباط الداخلية لصورة المدرسة
(ن = ١٢٢٥)

	N	I	ADD	H	ADHD	CD	DSM III-R ADHD
N	–	ر٢**	ر٨٥**	ر٤٥**	ر٦٩**	ر٥٥**	ر٧٦**
I		–	ر٦٢**	ر٤١**	ر٦١**	ر٤٩**	ر٤٥**
ADD			–	ر٥٦**	ر٨٣**	ر٦٧**	ر٨١**
H				–	ر٧٦**	ر٧٢**	ر٧٥**
ADHD					–	ر٧٦**	ر٨٦**
CD						–	ر٧٥**
DSM III-R (ADHD)							–

** دال عند مستوى ٠ر٠١

جدول (٥)

معاملات الارتباط الداخلية لصورة المدرسة
(ذكور ن = ٦٥٣)

	N	I	ADD	H	ADHD	CD	DSM III-R ADHD
N	–	ر٢٦**	ر٨٨**	ر٤١**	ر٧١**	ر٥٦**	ر٧٦**
I		–	ر٦٢**	ر٥٠**	ر٦٤**	ر٥٠**	ر٤٧**
ADD			–	ر٥٦**	ر٨٤**	ر٦٧**	ر٨١**
H				–	ر٧٨**	ر٧٣**	ر٧٣**
ADHD					–	ر٧٦**	ر٨٦**
CD						–	ر٧٥**
DSM III-R (ADHD)							–

** دال عند مستوى ٠ر٠١

جدول (٦)

معاملات الارتباط الداخلية لصورة المدرسة
(اناث ن = ٥٧٢)

	N	I	ADD	H	ADHD	CD	DSM III-R ADHD
N	–	٣٠ر**	٨٥ر**	٤٦ر**	٦٩ر**	٥٣ر**	٧٦ر**
I		–	٦٩ر**	٤٥ر**	٦٦ر**	٥٢ر**	٥٢ر**
ADD			–	٥٧ر**	٨٣ر**	٦٥ر**	٨٠ر**
H				–	٧٢ر**	٦٨ر**	٧٤ر**
ADHD					–	٧٢ر**	٨٤ر**
CD						–	٧٣ر**
DSM III-R (ADHD)							–

** دال عند مستوى ١٠ر٠

جدول (٧)

معاملات الفا فى حالات البنين والبنات
لصورة المدرسة

المقياس / معامل α	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
ذكور (١٤١)	٦٦ر**	٥٦ر**	٣٥ر**	٧٠ر**	٧٤ر**	٨٩ر**	٧٣ر**
اناث (٩٢)	٦٨ر**	٤٦ر**	٧٢ر**	٦٥ر**	٨٢ر**	٨٥ر**	٧٧ر**

** دال عند مستوى ١٠ر٠

جدول (٨)

معاملات الثبات باعادة الاختبار بفارق زمنى قدره ٢١ يوم
لصورة المدرسة ، ن = ٩٥

المقياس / معامل الثبات	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
معامل الارتباط	٦٢ر**	٧٠ر**	٦٠ر**	٧٧ر**	٦٤ر**	٢٤ر**	٦٣ر**

** دال عند مستوى ٠١ر٠

من الجدول (٤ ، ٥ ، ٦) يلاحظ أن معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للمقياس الاصلى جميعها دالة عند مستوى ٠١ر .

وكما هو موضح فى جدول (٧) فان معاملات ثبات ألفا تراوحت بين ٣٥ر. ، ٨٩ر٠ فى حالة الذكور ، كما تراوحت بين ٤٦ر. ، ٨٥ر. فى حالة الأناث ، وتلك القيم عالية ودالة مما يدل على ثبات المقياس .

وفى الجدول الاخير رقم (٨) تتضح أيضا معاملات الثبات بإعادة الاختبار وكانت جميعها دالة عند مستوى ٠١ر٠ .

٢- معاملات الثبات والارتباطات الداخلية لصورة المنزل :

يوضح جدول (٩) الارتباطات الداخلية بصورة المنزل لعينة قوامها ٩٨ تلميذا من الذكو والآناث فى جميع المراحل التعليمية . ويبين جدول (١٠) معاملات ثبات الفا للمقاييس الفرعية لكل من الذكور والاناث (ذكور ٢٢ ، أناث ٦١) . كما يشير جدول (١١) الى معاملات ثبات المقاييس الفرعية بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمنى ٢١ يوم وعلى عينة قوامها ٩٨ تلميذا من الذكور والاناث .

جدول (٩)

معاملات الارتباط الداخلية لصورة المنزل
(ن = ٩٨)

	N	I	ADD	H	ADHD	CD	DSM III-R ADHD
N	–	٤٩ر **	٨٩ر **	٦٢ر **	٦٨ر **	٦٧ر **	٨٧ر **
I		–	٨٣ر **	٥٣ر **	٥٩ر **	٤٨ر **	٥٢ر **
ADD			–	٦٧ر **	٧٣ر **	٦٧ر **	٨٢ر **
H				–	٧٦ر **	٦٧ر **	٧١ر **
ADHD					–	٦٣ر **	٨١ر **
CD						–	٦٤ر **
DSM III-R (ADHD)							–

** دال عند مستوى ١ ٠ر ٠

جدول (١٠)

معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ
لصورة المنزل

المقياس	ذكور ن = ٢٢	اناث ن = ٦١
N	٦٣ر **	٥٩ر **
I	٨١ر **	٥٢ر **
ADD	٨٢ر **	٧١ر **
H	٨١ر **	٥٤ر **
ADHD	٨٩ر **	٧٩ر **
CD	٦٣ر **	٦٧ر **
DSM III-R (ADHD)	٨٠ر **	٦٤ر **

** دال عند مستوى ١ ٠ر ٠

جدول (١١)

معاملات الثبات باعادة الاختبار بفارق زمنى قدرة ٢١ يوم
(لصورة المنزل ن = ٩٨)

المقياس / معامل α	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
معامل الارتباط	٦٩ر**	٥٨ر**	٤٠ر**	٥٠ر**	٦٤ر**	٦٢ر**	٥٩ر**

** دال عند مستوى ٠١ر٠

من الجدول (٩) يلاحظ أن معاملات الارتباط الداخلية جميعها دالة عند مستوى ٠١ر مما يشير إلى أن اضطراب قصور الانتباه مفرط الحركة (ADHD) يرتبط بنقص الانتباه ، والتسرع ، نقص الانتباه والتسرع ، والنشاط المفرط ، ومشكلات السلوك ، ومما يلفت النظر أن أعلى أرتباط كان مع النشاط المفرط (H) ٧٦ر واقل ارتباط كان مع التسرع ٥٩ر .

ومن جدول (١٠) نجد أن معاملات الفا كرونباخ (معاملات التجانس) تراوحت من ٥٢ر الى ٨٩ر وتلك القيم عالية ودالة مما يشير الى ثبات صورة المنزل .

ومن الجدول (١١) تتضح معاملات الثبات بإعادة التطبيق حيث تراوحت من ٤٠ر الى ٦٩ر وهى قيم دالة ايضاً عند مستوى ٠١ر٠ .

ثالثاً : صدق المقياس :

قام الباحثان بتقدير صدق المقياس لصورتى المدرسة والمنزل بالطريقتين التاليين :

١- **صدق المضمون** Content validity :

كان الهدف من هذا النوع من الصدق معرفة مدى تمثيل عبارات مقياس انتباه الاطفال وتوافقهم النفسى للانماط السلوكية الممثلة فى ابعاده . ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثان بدراسة كيفية منظمة لابعاد وعبارات المقياس لمعرفة مضمونه ولمعرفة مدى تمثيل هذا المضمون لكل بعد ، وذلك فى ضوء معايير DSM III-R . وأتضح بالفحص لبنود المقياس انها تمثل البعد

الخاص بها . ومما يدعم صدق المضمون النتائج الموجودة فى جدول (٤) لصورة المدرسة ، جدول (٩) لصورة المنزل والتى يتضح منها ارتفاع معاملات الارتباط بين اضطـراب نقص الانتباه مفـرط الحركـة ADHD فـى DSM III-R وكـل مـن نقـص الانتبـاه (N) والتسـرع (I) ، اضطراب قصور الانتباه (ADD) ، والنشـاط المفـرط (H) واضطـراب قصـور الانتبـاه مفـرط الحركة (ADHD) ومشكلات السلوك (CD) .

٢- **الصدق الخارجى** External validity :

قام الباحثان بحساب الصدق التلازمى لصورة المدرسـة مـع قائمـة كونـرز لتقديـر سـلوك الطفل (BRS) إعداد السيد ابراهيم السمادونى (١٩٩١) على عينة قوامها ٩٨ تلميـذا مـن كافـة المراحل التعليمية بالعينة كما فى جدول (١٢) وكذلك مع مقيـاس تقديـر سـلوك التليمـذ إعـداد مصطفى كامل (١٩٩٠) وقائمة ملاحظة سـلوك الطفـل اعـداد مصطفـى كـامل (١٩٨٧) وذلـك على عينة قوامها ٧٧ تلميذاً تتراوح اعمارهم من ٤ - ١٤ سنه كما فى جدول (١٣) .

جدول (١٢)

معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على ابعاد قائمة
كونرز (BRS) وبين درجاتهم فى مقياس الانتباه (CAAS)
(صورة المدرسة ، ن = ٩٨)

	العدوانية AGG	عدم القدرة على الانتباه (Ina)	القلق Anx	النشاط الزائد Hyp	الاجتماعية (SOC)
N	٥١ر**	٥٤ر**	٢٨ر**	٣٥ر**	-٥٧ر**
I	١٠ر*	-٠٩ر*	٣١ر**	١١ر*	-١٢ر*
ADD	٤٢ر**	٣٨ر**	٢٩ر**	٣٠ر**	-٤٩ر**
H	٤٦ر**	٠٦ر*	-٠٧ر*	٤٤ر**	٠١ر*
ADHD	٥٥ر**	٢٩ر**	١٩ر*	٤٧ر**	-٣٧ر**
CD	٦٤ر**	١٨ر*	٠٤ر*	٦٤ر**	-٢٠ر*
DSM III-R (ADHD)	٤٩ر**	٢٥ر*	١١ر*	٤٥ر**	-٢٥ر*

* دال عند مستوى ٠١ر٠
** دال عند مستوى ٠٥ر٠

من الجدول رقم (١٢) يتضح أرتباط ADD ، ADHD مع مقاييس العدوانية ، وعدم القدرة على الانتباه ، والنشاط الزائد على قائمة كونرز ارتباطا موجبا ودالاً عند مستوى ٠١ر وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التى قام بها مؤلفو الاختبار (نادين لامبرت ، كارولين هارتزو ، جوناثان ساندوفال ١٩٩٠) عند ايجاد الصدق الخارجى بين CAAS ، قائمة سلوك الطفل Child behavior checklist لـ (آخينباخ ، ايدلبروك & CBCL; Achenbach Edelbrock ١٩٨٣ ، ١٩٨٦) .

جدول (١٣)

معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على ابعاد مقياس الانتباه (صورة المدرسة) ودرجاتهم على كل من مقياس تقدير سلوك التلميذ ، قائمة ملاحظة سلوك الطفل (التوافق) (ن = ٧٧)

	مقياس تقدير سلوك التلميذ					
	الفهم السماعى والذاكرة	اللغة المنطوقة	التوجه	التآزر الحركى	السلوك الشخصى/ الاجتماعى	التوافق
N	٠٧ر**	-٧٣ر**	-٥٨ر**	-٥١ر**	-٦٣ر**	-٤٢ر**
I	٤٩ر**	٥ر**	٤٦ر**	٤٢ر**	٥١ر**	٢٩ر*
ADD	-٥ر**	-٥٢ر**	-٣٩ر**	-٣٥ر**	-٤٣ر**	-٢٣ر*
H	-١ر	-٠٩ر	-١٥ر	-١٦ر	-١١ر	٠٢ر
ADHD	-٢٢ر	-٢٤ر*	-٢٥ر*	-٢٥ر*	-٢٣ر	-٢ر
CD	٠٠٠٢ر	٠٢ر	٠٣ر	١٢ر	٠٨ر	-١٣ر
DSM III-R (ADHD)	-٥٣ر**	-٥٣ر**	-٤٣ر**	-٣٦ر**	-٤٥ر**	-٣٧ر**

* دال عند مستوى ١٠ر٠

** دال عند مستوى ٠٥ر٠

من الجدول (١٣) يتضح ارتباط مقياس CAAS بمعظم المجالات السلوكية التى ترتبط بصعوبات التعلم ، فاضطراب قصور الانتباه (ADHD) يرتبط ارتباطا سالبا بكل من اللغة المنطوقة Spoken Language والتوجه الزمنى والمكانى Orientation والتآزر الحركى Motor Co-ordination . كما أن اضطراب قصور الانتباه مفرط الحركه المشتق من DSM III-R يرتبط ايضا ارتباطا سالبا بالاضافة الى ما سبق بكل من الفهم السماعى والذاكرة Auditory Comprehension & Memory والسلوك الشخصى والاجتماعى - Personal Social Behavior . ومما يلفت النظر عدم ارتباط كل من CD , H بابعاد مقياس سلوك التلميذ

وهذا ما اشير اليه فى الفصلين الأول والثانى من الدليل باعتبار كل منهما ابعاد مستقله عن اضطراب قصور الانتباه مفرط الحركه .

ومن الجدول ايضا يلاحظ أيضاً ارتباط كل من ADD , ADHD والمشتق من DSM III-R مع التوافق ارتباطا سالباً .

مما سبق – الجدولين ١٢ ، ١٣ – يتضح ما يشير الى صدق مقياس انتباه الاطفال وتوافقهم (CAAS) .

رابعا : المعايير Norms :

ا – المتوسطات والانحرافات المعيارية :

بين الجدول (١٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية لصورة المدرسة فى المجموعات العمرية الثلاث (٤–٨ سنه ، ٩–١١ سنه ، ١٢–١٤ سنه) ووفقاً للجنس (ذكور ، أناث) وذلك للعينات المذكوره بجدول (٣) ، ويبين الجدول (١٤) المتوسطات والانحراف المعيارى لصورة المدرسة .

جدول (١٤)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس انتباه الأطفال وتوافقهم
طبقاً للجنس والمستوى العمرى (صورة المدرسة)

ابعاد	٤–٨ سنه (ن = ٤٠٥)				٩ – ١١ سنه (ن = ٤٨٣)				١٢ – ١٤ سنه (ن = ٣٣٧)			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
CAAS	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
N	١١ر٠٥	٣ر٢٩	١٠ر٧٣	٣ر٠٤	١٢ر٣٦	٣ر٩١	١٠ر٥٢	٣ر٤٢	١٢ر٠٧	٣ر٠٤	١١ر٧٣	٣ر٥٤
I	٦ر٧٨	٢ر٢٨	٦ر٨٤	٢ر٠٥	٦ر٢٦	١ر٩٦	٦ر٠٣	١ر٩٩	٧ر٩٠	٢ر١٤	٧ر٠٠	٢ر١٧
ADD	١٧ر٦٦	٤ر٢٩	١٧ر٥٢	٤ر٣٩	١٨ر٦٧	٤ر٨٦	١٦ر٤٤	٤ر٣٧	١٩ر٨٧	٣ر٣٥	١٨ر٧٣	٤ر٦٥
H	٩ر٥٩	٣ر١٦	٩ر١٤	٢ر٨	٨ر٨١	٣ر٥٢	٧ر١٧	٢ر٩٦	٨ر٨٠	٣ر٠٩	٨ر٨١	٣ر٤٣
ADHD	٣٣ر٤٨	٨ر٥٣	٣٢ر٢٢	٧ر٨٨	٣٢ر٩٩	١٠ر٠٨	٢٧ر٦٩	٨ر١٣	٣٥ر٤٨	٧ر٠٥	٣٣ر١٧	٨ر٦١
CD	١٥ر٧٢	٥ر٤٦	١٤ر٥٩	٤ر٨٨	١٥ر٩١	٦ر٢٦	١٢ر٩٧	٥ر٠٦	١٧ر٤٧	٥ر٣٧	١٥ر٢٤	٥ر٠٢
DSM III-R (ADHD)	١٦ر٠٨	٤ر٧٢	١٥ر٤٥	٤ر٤٤	١٦ر٣١	٥ر٦٦	١٣ر٤٤	٤ر٦٠	١٦ر٧٧	٤ر٦٥	١٥ر٥١	٤ر٨١

من الجدول السابق يمكن استخدام المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى فى تحديد الدرجات الفاصلة Cut-off scores حيث يقترح تورلى Thorley (١٩٨٤) بأن النشاط المفرط يجب أن ينظر إليه على أنه يقع على متصل من نقص الانتباه ، التسرع ، والنشاط الزائد بدلاً من اعتبار الدرجات المتطرفة فقط على انها تمثل فئة تشخيصية مميزة . وتقدم بياناتنا المعيارية المتوسط والانحراف المعيارى لكل بعد ، ومن ثم فان مدى انحراف سلوك الطفل عن المتوسط بمقدار واحد انحراف معيارى (م + ع) يمثل درجة قطع لاغراض التشخيص .

ويبين جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة من الذكور والاناث تتراوح اعمارهم من (٤-١٤ سنه) على صورة المنزل .

جدول (١٥)
المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس انتباه
الاطفال وتوافقهم طبقاً للجنس
"صورة المنزل"

ابعاد CAAS	ذكــور (ن = ٨٩)		انــاث (ن = ١١٩)	
	م	ع	م	ع
N	١٠ر١٨	٣ر٥٤	٩ر٥٥	٣ر٢٧
I	٧ر٨٨	٣ر١٩	٦ر٦٢	٢ر٤٥
ADD	١٧ر٦٩	٥ر٠٩	١٦ر١٢	٤ر٧٦
H	١٣ر٧٠	٤ر٣١	١٢ر٧٤	٤ر٠١
ADHD	٣٥ر٣٤	٩ر٣٣	٣٢ر٩٩	٨ر٨٨
CD	١٢ر١١	٤ر٩٤	١٢ر٠٣	١٠ر٣٢
DSM III-R (ADHD)	١٥ر٩٨	١١ر٥٧	١٣ر٨٧	٤ر٢٦

٢- الدرجات المعيارية Standard Score :

قام الباحثان بحساب الدرجات المعيارية للدرجات الخام لصورتى المدرسة والمنزل . ولقد بنى توزيع الدرجة المعيارية على متوسط قيمته ١٠٠ درجة وانحراف معيارى قيمته ١٥ درجة .

ويمثل ملحق (١) : الدرجات المعيارية للمقياس (صـورة المدرسـة) بحسـب الجنـس والعمـر الزمنى للفرد .

ويمثل ملحق (٢) : الدرجات المعيارية للمقياس (صورة المنزل) بحسب الجنس .

٢- المئينيات والدرجات التائية :

ولتحديد مستويات انتباه الاطفال وتوافقهم تم حسـاب الرتـب المئينيـة Percentile Rank كما تم أيضاً حساب الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام .

ويمثل ملحق (٣) : المئينيـات والتائيـات للمقيـاس (صـورة المدرسـة) بحسـب الجنـس والعمر وذلك على كل بعد من أبعاد المقياس .

ويمثل ملحق (٤) : المئينيات والتائيات أيضاً للمقياس (صورة المنزل) بحسب الجنـس على كل بعد من أبعاد القياس .

ملحق (١)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر الزمني

(صورة المدرسة)

ملحق (أ.١)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – N)

الدرجة الخام	٤–٨ سنه		٩–١١ سنه		١٢–١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث
٥	٧٢	٧٢	٧٢	٧٦	٦٥	٧١
٦	٧٧	٧٧	٧٦	٨٠	٧٠	٧٦
٧	٨١	٨٢	٧٩	٨٥	٧٥	٨٠
٨	٨٦	٨٦	٨٣	٨٩	٨٠	٨٤
٩	٩١	٩١	٨٧	٩٣	٨٥	٨٨
١٠	٩٥	٩٦	٩١	٩٨	٩٠	٩٣
١١	١٠٠	١٠١	٩٥	١٠٢	٩٥	٩٧
١٢	١٠٤	١٠٦	٩٩	١٠٧	١٠٠	١٠١
١٣	١٠٩	١١١	١٠٢	١١١	١٠٥	١٠٥
١٤	١١٣	١١٦	١٠٦	١١٥	١١٠	١١٠
١٥	١١٨	١٢١	١١٠	١٢٠	١١٥	١١٤
١٦	١٢٣	١٢٦	١١٤	١٢٤	١١٩	١١٨
١٧	١٢٧	١٣١	١١٨	١٢٩	١٢٤	١٢٢
١٨	١٣٢	١٣٦	١٢٢	١٣٣	١٢٩	١٢٧
١٩	١٣٦	١٤١	١٢٥	١٣٧	١٣٤	١٣١
٢٠	١٤١	١٤٦	١٢٥	١٤٢	١٣٩	١٣٥

ملحق (١ب)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة - ا)

الدرجة الخام	٤-٨ سنه		٩-١١ سنه		١٢-١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث
٣	٧٥	٧٢	٧٥	٧٧	٦٦	٧٢
٤	٨٢	٧٩	٨٣	٨٥	٧٣	٧٩
٥	٨٨	٨٦	٩٠	٩٢	٨٠	٨٦
٦	٩٥	٩٤	٩٨	١٠٠	٨٧	٩٣
٧	١٠١	١٠١	١٠٦	١٠٧	٩٤	١٠٠
٨	١٠٨	١٠٨	١١٣	١١٥	١٠١	١٠٧
٩	١١٥	١١٦	١٢١	١٢٢	١٠٨	١١٤
١٠	١٢١	١٢٣	١٢٩	١٣٠	١١٥	١٢١
١١	١٢٨	١٣٠	١٣٦	١٣٨	١٢٢	١٢٨
١٢	١٣٤	١٣٧	١٤٤	١٤٥	١٢٩	١٣٥

ملحق (١جـ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ADD)

الدرجة الخام	٤–٨ سنة		٩–١١ سنة		١٢–١٤ سنة	
	ذكور	أناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث
٨	٦٦	٦٧	٦٧	٧١	٤٦	٦٥
٩	٧٠	٧١	٧٠	٧٤	٥١	٦٩
١٠	٧٣	٧٤	٧٣	٧٨	٥٦	٧٢
١١	٧٧	٧٨	٧٦	٨١	٦٠	٧٥
١٢	٨٠	٨١	٧٩	٨٥	٦٥	٧٨
١٣	٨٤	٨٥	٨٢	٨٨	٦٩	٨١
١٤	٨٧	٨٨	٨٦	٩٢	٧٤	٨٥
١٥	٩١	٩١	٨٩	٩٥	٧٨	٨٨
١٦	٩٤	٩٥	٩٢	٩٨	٨٣	٩١
١٧	٩٨	٩٨	٩٥	١٠٢	٨٧	٩٤
١٨	١٠١	١٠٢	٩٨	١٠٥	٩٢	٩٨
١٩	١٠٥	١٠٥	١٠١	١٠٩	٩٦	١٠١
٢٠	١٠٨	١٠٩	١٠٥	١١٢	١٠١	١٠٤
٢١	١١٢	١١٢	١٠٧	١١٦	١٠٥	١٠٧
٢٢	١١٥	١١٥	١١٠	١١٩	١١٠	١١١
٢٣	١١٩	١١٩	١١٣	١٢٣	١١٤	١١٤
٢٤	١٢٢	١٢٢	١١٦	١٢٦	١١٩	١١٧
٢٥	١٢٦	١٢٦	١٢٠	١٢٩	١٢٣	١٢٠
٢٦	١٢٩	١٢٩	١٢٣	١٣٣	١٢٧	١٢٤
٢٧	١٣٣	١٣٣	١٢٦	١٣٦	١٣٢	١٢٧
٢٨	١٣٦	١٣٦	١٢٩	١٤٠	١٣٧	١٣٠
٢٩	١٤٠	١٣٩	١٣٢	١٤٣	١٤١	١٣٣
٣٠	١٤٣	١٤٣	١٣٥	١٤٧	١٤٥	١٣٧

ملحق (١د)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة - H)

الدرجة الخام	٤-٨ سنه		٩-١١ سنه		١٢-١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث
٤	٧٣	٧٢	٧٩	٨٤	٧٧	٧٩
٥	٧٨	٧٨	٨٤	٨٩	٨٢	٨٣
٦	٨٣	٨٣	٨٨	٩٤	٨٦	٨٨
٧	٨٨	٨٨	٩٢	٩٩	٩١	٩٢
٨	٩٢	٩٤	٩٧	١٠٤	٩٦	٩٦
٩	٩٧	٩٩	١٠١	١٠٩	١٠١	١٠١
١٠	١٠٢	١٠٥	١٠٥	١١٤	١٠٦	١٠٥
١١	١٠٧	١١٠	١٠٩	١١٩	١١١	١١٠
١٢	١١١	١١٥	١١٤	١٢٥	١١٦	١١٤
١٣	١١٦	١٢١	١١٧	١٣٠	١٢٠	١١٨
١٤	١٢١	١٢٦	١٢٢	١٣٥	١٢٥	١٢٢
١٥	١٢٦	١٣١	١٢٦	١٤٠	١٣٠	١٢٧
١٦	١٣٠	١٣٧	١٣١	١٤٥	١٣٥	١٣٢

ملحق (١هـ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ADHD)

الدرجة الخام	٤–٨ سنه		٩–١١ سنه		١٢–١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث
١٥	٦٧	٦٧	٧٣	٧٧	٥٦	٦٨
١٦	٦٩	٦٩	٧٥	٧٨	٥٨	٧٠
١٧	٧١	٧١	٧٦	٨٠	٦١	٧٢
١٨	٧٣	٧٣	٧٨	٨٢	٦٣	٧٤
١٩	٧٥	٧٥	٧٩	٨٤	٦٥	٧٥
٢٠	٧٦	٧٧	٨١	٨٦	٦٧	٧٧
٢١	٧٨	٧٩	٨٢	٨٨	٦٩	٧٩
٢٢	٨٠	٨١	٨٤	٨٩	٧١	٨٠
٢٣	٨٢	٨٢	٨٥	٩١	٧٣	٨٢
٢٤	٨٣	٨٤	٨٧	٩٣	٧٥	٨٤
٢٥	٨٥	٨٦	٨٨	٩٥	٧٨	٨٦
٢٦	٨٧	٨٨	٩٠	٩٧	٨٠	٨٧
٢٧	٨٩	٩٠	٩١	٩٩	٨٢	٨٩
٢٨	٩٠	٩٢	٩٣	١٠١	٨٤	٩١
٢٩	٩٢	٩٤	٩٤	١٠٢	٨٦	٩٣
٣٠	٩٤	٩٦	٩٦	١٠٤	٨٨	٩٤
٣١	٩٦	٩٨	٩٧	١٠٦	٩٠	٩٦
٣٢	٩٧	١٠٠	٩٩	١٠٨	٩٣	٩٨
٣٣	٩٩	١٠١	١٠٠	١١٠	٩٥	١٠٠
٣٤	١٠١	١٠٣	١٠٢	١١٢	٩٧	١٠١
٣٥	١٠٣	١٠٥	١٠٣	١١٤	٩٩	١٠٣
٣٦	١٠٤	١٠٧	١٠٤	١١٥	١٠١	١٠٥

تابع : ملحق (١هـ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ADHD)

الدرجة الخام	٤–٨ سنه		٩–١١ سنه		١٢–١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث
٣٧	١٠٦	١٠٩	١٠٦	١١٧	١٠٣	١٠٧
٣٨	١٠٨	١١١	١٠٧	١١٩	١٠٥	١٠٨
٣٩	١١٠	١١٣	١٠٩	١٢١	١٠٨	١١٠
٤٠	١١١	١١٥	١١٠	١٢٣	١١٠	١١٢
٤١	١١٣	١١٧	١١٢	١٢٥	١١٢	١١٤
٤٢	١١٥	١١٩	١١٣	١٢٦	١١٤	١١٥
٤٣	١١٧	١٢١	١١٥	١٢٨	١١٦	١١٧
٤٤	١١٩	١٢٢	١١٦	١٣٠	١١٨	١١٩
٤٥	١٢٠	١٢٤	١١٨	١٣٢	١٢٠	١٢١
٤٦	١٢٢	١٢٦	١١٩	١٣٤	١٢٢	١٢٢
٤٧	١٢٤	١٢٨	١٢٠	١٣٦	١٢٥	١٢٤
٤٨	١٢٦	١٣٠	١٢٢	١٣٨	١٢٧	١٢٦
٤٩	١٢٧	١٣٢	١٢٤	١٣٩	١٢٩	١٢٨
٥٠	١٢٩	١٣٤	١٢٥	١٤١	١٣٠	١٢٩
٥١	١٣١	١٣٦	١٢٧	١٤٣	١٣٣	١٣١
٥٢	١٣٣	١٣٨	١٢٨	١٤٥	١٣٥	١٣٣
٥٣	١٣٤	١٤٠	١٣٠	١٤٧	١٣٧	١٣٥
٥٤	١٣٦	١٤١	١٣١	١٤٩	١٣٩	١٣٧
٥٥	١٣٨	١٤٣	١٣٣	١٥١	١٤٢	١٣٨
٥٦	١٤٠	١٤٥	١٣٤	١٥٢	١٤٤	١٤٠
٥٧	١٤١	١٤٧	١٣٦	١٥٤	١٤٦	١٤٢
٥٨	١٤٣	١٤٩	١٣٧	١٥٦	١٤٨	١٤٣
٥٩	١٤٥	١٥١	١٣٩	١٥٨	١٥٠	١٤٥
٦٠	١٤٧	١٥٣	١٤٠	١٦٠	١٥٢	١٤٧

ملحق (و.1)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – CD)

الدرجة الخام	٤–٨ سنه		٩–١١ سنه		١٢–١٤ سنه	
	ذكور	اناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث
٨	٧٨	٨٠	٨٠	٨٥	٧٤	٧٩
٩	٨١	٨٣	٨٣	٨٨	٧٦	٨٢
١٠	٨٤	٨٦	٨٦	٩١	٧٩	٨٥
١١	٨٧	٨٩	٨٨	٩٤	٨٢	٨٨
١٢	٩٠	٩٢	٩١	٩٧	٨٥	٩١
١٣	٩٣	٩٥	٩٣	١٠٠	٨٧	٩٤
١٤	٩٥	٩٨	٩٥	١٠٣	٩٠	٩٧
١٥	٩٨	١٠١	٩٨	١٠٦	٩٣	١٠٠
١٦	١٠١	١٠٤	١٠٠	١٠٩	٩٦	١٠٣
١٧	١٠٤	١٠٧	١٠٣	١١٢	٩٩	١٠٥
١٨	١٠٦	١١١	١٠٥	١١٥	١٠١	١٠٨
١٩	١٠٩	١١٤	١٠٧	١١٨	١٠٤	١١١
٢٠	١١٢	١١٧	١١٠	١٢١	١٠٧	١١٤
٢١	١١٥	١٢٠	١١٢	١٢٤	١١٠	١١٧
٢٢	١١٧	١٢٣	١١٥	١٢٧	١١٣	١٢٠
٢٣	١٢٠	١٢٦	١١٧	١٣٠	١١٥	١٢٣
٢٤	١٢٣	١٢٩	١١٩	١٣٣	١١٨	١٢٦
٢٥	١٢٦	١٣٢	١٢٢	١٣٦	١٢١	١٢٩
٢٦	١٢٨	١٣٥	١٢٤	١٣٩	١٢٤	١٣٢
٢٧	١٣١	١٣٨	١٢٧	١٤٢	١٢٧	١٣٥
٢٨	١٣٤	١٤١	١٢٩	١٤٥	١٢٩	١٣٨
٢٩	١٣٧	١٤٤	١٣١	١٤٨	١٣٢	١٤٠
٣٠	١٣٩	١٤٧	١٣٤	١٥١	١٣٥	١٤٣
٣١	١٤٢	١٥١	١٣٦	١٥٤	١٣٨	١٤٣
٣٢	١٤٥	١٥٤	١٣٩	١٥٦	١٤١	١٤٦

ملحق (١.ز)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – DSM III-R ADHD)

الدرجة	٤–٨ سنه		٩–١١ سنه		١٢–١٤ سنه	
الخام	ذكور	اناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث
٧	٧١	٧١	٧٥	٧٩	٦٨	٧٤
٨	٧٤	٧٥	٧٨	٨٢	٧٢	٧٨
٩	٧٧	٧٨	٨١	٨٦	٧٥	٨١
١٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٩	٧٨	٨٤
١١	٨٤	٨٥	٨٦	٩٢	٨١	٩٧
١٢	٨٧	٨٨	٨٩	٩٥	٨٥	٩٠
١٣	٩٠	٩٢	٩١	٩٩	٨٨	٩٣
١٤	٩٣	٩٥	٩٤	١٠٢	٩١	٩٦
١٥	٩٧	٩٨	٩٧	١٠٥	٩٤	٩٩
١٦	١٠٠	١٠٢	٩٩	١٠٨	٩٨	١٠٢
١٧	١٠٣	١٠٥	١٠٢	١١٢	١٠١	١٠٥
١٨	١٠٦	١٠٩	١٠٤	١١٥	١٠٤	١٠٨
١٩	١٠٩	١١٢	١٠٧	١١٨	١٠٧	١١١
٢٠	١١٣	١١٥	١١٠	١٢١	١١٠	١١٤
٢١	١١٦	١١٩	١١٢	١٢٥	١١٤	١١٧
٢٢	١١٩	١٢٢	١١٥	١٢٨	١١٧	١٢٠
٢٣	١٢٢	١٢٦	١١٨	١٣١	١٢٠	١٢٣
٢٤	١٢٥	١٢٩	١٢٠	١٣٤	١٢٣	١٢٦
٢٥	١٢٨	١٣٢	١٢٣	١٣٨	١٢٧	١٢٩
٢٦	١٣٢	١٣٦	١٢٦	١٤١	١٣٠	١٣٢
٢٧	١٣٥	١٣٩	١٢٨	١٤٤	١٣٣	١٣٥
٢٨	١٣٨	١٤٢	١٣١	١٤٧	١٣٦	١٣٨

ملحق (٢)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل)

ملحق (٢.أ) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – N) .

ملحق (٢.ب) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – I) .

ملحق (٢.جـ) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – ADD) .

ملحق (٢.د) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – H) .

ملحق (٢.هـ) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – ADHD) .

ملحق (٢.و) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – CD) .

ملحق (٢.ز) : الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس (صورة المنزل – DSM III - R - ADHD) .

ملحق (٣.أ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – N)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٥	٧٨	٧٩	١١	١٠٣	١٠٧	١٧	١٢٩	١٣٤
٦	٨٢	٨٤	١٢	١٠٨	١١١	١٨	١٣٣	١٢٩
٧	٨٦	٨٨	١٣	١١٢	١١٦	١٩	١٣٨	١٤٤
٨	٩١	٩٣	١٤	١١٦	١٢١	٢٠	١٤٢	١٤٨
٩	٩٥	٩٧	١٥	١٢١	١٢٥			
١٠	٩٩	١٠٢	١٦	١٢٥	١٣٠			

ملحق (٣.ب)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – I)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٤	٨٤	٨٢	٨	١٠٨	١٠١	١٢	١٣٣	١١٢
٥	٩٠	٨٦	٩	١١٥	١٠٥	١٣	١٣٩	١٢٤
٦	٩٦	٩١	١٠	١٢١	١١٠	١٤	١٤٥	١٢٩
٧	١٠٢	٩٦	١١	١٢٧	١١٥	١٥	١٥١	١٣٤
						١٦	١٥٨	١٣٨

ملحق (٢جـ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل - ADD)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٩	٧٤	٧٧	٢٠	١٠٧	١١٢	٣١	١٤٠	١٤٧
١٠	٧٧	٨١	٢١	١٠٩	١١٥	٣٢	١٤٣	١٥٠
١١	٨٠	٨٤	٢٢	١١٣	١١٩	٣٣	١٤٦	١٥٣
١٢	٨٣	٨٧	٢٣	١١٦	١٢٢	٣٤	١٤٨	١٥٦
١٣	٨٦	٩٠	٢٤	١١٩	١٢٥	٣٥	١٥١	١٥٩
١٤	٨٩	٩٣	٢٥	١٢٢	١٢٨	٣٦	١٥٤	١٦٢
١٥	٩٢	٩٦	٢٦	١٢٥	١٣١			
١٦	٩٥	١٠٠	٢٧	١٢٨	١٣٤			
١٧	٩٨	١٠٣	٢٨	١٣١	١٣٨			
١٨	١٠١	١٠٦	٢٩	١٣٤	١٤١			
١٩	١٠٤	١٠٩	٣٠	١٣٧	١٤٤			

ملحق (٣.د)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – H)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٦	٧٣	٧٤	١٢	٩٤	٩٧	١٨	١١٥	١٢٠
٧	٧٧	٧٨	١٣	٩٨	١٠١	١٩	١١٩	١٢٤
٨	٨٠	٨٢	١٤	١٠١	١٠٥	٢٠	١٢٢	١٢٧
٩	٨٤	٨٦	١٥	١٠٥	١٠٨	٢١	١٢٦	١٣١
١٠	٨٧	٩٠	١٦	١٠٨	١١٢	٢٢	١٢٩	١٣٥
١١	٩١	٩٣	١٧	١١٢	١١٦	٢٣	١٣٣	١٣٩
						٢٤	١٣٦	١٤٢

ملحق (٢هـ)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل - ADHD)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية ذكور	الدرجة المعيارية اناث	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية ذكور	الدرجة المعيارية اناث	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية ذكور	الدرجة المعيارية اناث
١٧	٧٠	٧٣	٣٥	٩٩	١٠٣	٥٣	١٢٩	١٣٣
١٨	٧٢	٧٥	٣٦	١٠١	١٠٥	٥٤	١٣٠	١٣٥
١٩	٧٤	٧٦	٣٧	١٠٣	١٠٧	٥٥	١٣٢	١٣٦
٢٠	٧٥	٧٨	٣٨	١٠٤	١٠٨	٥٦	١٣٣	١٣٨
٢١	٧٧	٨٠	٣٩	١٠٦	١١٠	٥٧	١٣٥	١٤١
٢٢	٧٨	٨١	٤٠	١٠٨	١١٢	٥٨	١٣٦	١٤٢
٢٣	٨٠	٨٣	٤١	١٠٩	١١٤	٥٩	١٣٨	١٤٤
٢٤	٨٢	٨٥	٤٢	١١١	١١٥	٦٠	١٤٠	١٤٥
٢٥	٨٣	٨٦	٤٣	١١٢	١١٧	٦١	١٤١	١٤٧
٢٦	٨٥	٨٨	٤٤	١١٤	١١٩	٦٢	١٤٣	١٤٩
٢٧	٨٧	٩٠	٤٥	١١٦	١٢٠	٦٣	١٤٤	١٥١
٢٨	٨٨	٩٢	٤٦	١١٧	١٢٢	٦٤	١٤٦	١٥٢
٢٩	٩٠	٩٣	٤٧	١١٩	١٢٤	٦٥	١٤٧	١٥٤
٣٠	٩١	٩٥	٤٨	١٢٠	١٢٥	٦٦	١٤٩	١٥٦
٣١	٩٣	٩٧	٤٩	١٢٢	١٢٧	٦٧	١٥١	١٥٧
٣٢	٩٥	٩٨	٥٠	١٢٤	١٢٩	٦٨	١٥٣	١٥٩
٣٣	٩٦	١٠٠	٥١	١٢٥	١٣٠			
٣٤	٩٨	١٠٢	٥٢	١٢٧	١٣٢			

ملحق (٣.و)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس
(صورة المنزل – CD)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٦	٨١	٨٢	١٢	١٠٠	١٠٣	١٨	١١٨	١٢٣
٧	٨٤	٨٦	١٣	١٠٣	١٠٦	١٩	١٢١	١٢٧
٨	٨٧	٨٩	١٤	١٠٦	١١٠	٢٠	١٢٤	١٣٠
٩	٩١	٩٣	١٥	١٠٩	١١٣	٢١	١٢٧	١٣٤
١٠	٩٤	٩٦	١٦	١١٢	١١٦	٢٢	١٣٠	١٣٧
١١	٩٧	٩٩	١٧	١١٥	١٢٠	٢٣	١٣٣	١٤٠
						٢٤	١٣٦	١٤٤

ملحق (٣.ز)

الدرجات المعيارية لمقياس CAAS بحسب الجنس
(صورة المنزل – DSM III-R ADHD)

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية		الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		ذكور	اناث
٧	٧٤	٧٦	١٤	٩٧	١٠٠	٢١	١٢٠	١٢٥
٨	٧٧	٧٩	١٥	١٠٠	١٠٤	٢٢	١٢٣	١٢٩
٩	٨١	٨٣	١٦	١٠٤	١٠٨	٢٣	١٢٧	١٣٢
١٠	٨٤	٨٦	١٧	١٠٧	١١١	٢٤	١٣٠	١٣٣
١١	٨٧	٩٠	١٨	١١٠	١١٥	٢٥	١٣٣	١٣٩
١٢	٩١	٩٣	١٩	١١٤	١١٨	٢٦	١٣٧	١٤٣
١٣	٩٤	٩٧	٢٠	١١٧	١٢٢	٢٧	١٤٠	١٤٦
						٢٨	١٤٣	١٥٠

ملحق (٣)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة)

ملحق (٣.أ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – N) .

ملحق (٣.ب) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – I) .

ملحق (٣.جـ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – ADD) .

ملحق (٣.د) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – H) .

ملحق (٣.هـ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – ADHD) .

ملحق (٣.و) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – CD) .

ملحق (٣.ز) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر (صورة المدرسة – DSM III - R - ADHD) .

ملحق (٣.أ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة - N)

الدرجة	٤ - ٨ سنه				٩ - ١١ سنه				١٢ - ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
الخام	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٥	٣	٣١	٤	٣٢	٤	٣٣	٦	٣٥			٣	٣١
٦	٨	٣٦	٨	٣٦	٨	٣٦	١٥	٤٠	٣	٣١	٩	٣٧
٧	١٧	٤٠	١٤	٣٩	١٥	٤٠	٢٣	٤٣	٨	٣٦	١٦	٤٠
٨	٢٦	٤٤	٢٤	٤٣	٢١	٤٢	٣٢	٤٥	١٣	٣٩	١٩	٤١
٩	٣٥	٤٦	٣٨	٤٧	٣٠	٤٥	٤٢	٤٨	١٨	٤١	٢٨	٤٤
١٠	٣٥	٤٩	٥٣	٥١	٣٤	٤٦	٥٠	٥٠	٣٣	٤٦	٣٤	٤٦
١١	٥٥	٥١	٦٠	٥٣	٤٠	٤٨	٦١	٥٣	٤٦	٤٩	٥٠	٥٠
١٢	٦٦	٥٤	٧٢	٥٦	٤٦	٤٩	٧٣	٥٦	٥٧	٥٢	٥٧	٥٢
١٣	٧٥	٥٧	٧٨	٥٨	٥٥	٥١	٧٩	٥٨	٦٧	٥٤	٦٨	٥٥
١٤	٨٣	٦٠	٨٦	٦١	٦٣	٥٣	٨٦	٦١	٧٤	٥٦	٧٥	٥٧
١٥	٩٢	٦٤	٩٣	٦٥	٧٣	٥٦	٩١	٦٣	٨٦	٦١	٨٥	٦٠
١٦	٩٥	٦٧	٩٨	٧١	٨٥	٦٠	٩٤	٦٦	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤
١٧	٩٧	٦٩	٩٩	٧٣	٩٤	٦٦	٩٨	٧١	٩٦	٦٨	٩٤	٦٦
١٨	٩٩	٧٢	١٠٠	٨٧	٩٧	٦٩	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	٩٧	٦٩
١٩	١٠٠	٨٧			٩٩	٧٤			١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٣ب)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ا)

الدرجة الخام	٤ – ٨ سنه				٩ – ١١ سنه				١٢ – ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٣	٦	٣٥	٥	٣٤	٧	٣٥	١٠	٣٧	١	٢٧	٦	٣٥
٤	١٦	٤٠	١٤	٣٩	١٩	٤١	٢٣	٤٣	٣	٣١	١٥	٤٠
٥	٣٠	٤٥	٢٥	٤٣	٣٦	٤٦	٤٠	٤٨	١٠	٣٧	٢٧	٤٤
٦	٤٩	٥٠	٤٥	٤٩	٦٠	٥٣	٦٦	٥٤	٣٥	٤٦	٤١	٤٨
٧	٦٣	٥٣	٦٢	٥٣	٧٧	٥٧	٨٠	٥٨	٤٥	٤٩	٥٦	٥٢
٨	٨٠	٥٨	٨١	٥٨	٨٥	٦٠	٩٠	٦٣	٦٢	٥٣	٧٦	٥٧
٩	٩٠	٦٣	٨٩	٦٢	٩٤	٦٦	٩٤	٦٦	٧٣	٥٦	٨٩	٦٢
١٠	٩٤	٦٦	٩٦	٦٨	٩٧	٦٩	٩٧	٦٩	٩٠	٦٣	٩٤	٦٦
١١	٩٧	٦٩	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧	٩٨	٧١	٩٢	٦٤	٩٨	٧١
١٢	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٣جـ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة - ADD)

الدرجة	٤ - ٨ سنه				٩ - ١١ سنه				١٢ - ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
الخام	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٨					٤ر	٢٤	٣	٣١			٢	٣٠
٩			٢	٣٠	١	٢٧	٦	٣٥			٤	٣٣
١٠	٤	٣٢	٦	٣٥	٥	٣٤	١٠	٣٧	١	٢٧	٧	٣٥
١١	٩	٣٧	٩	٣٧	٩	٣٧	١٣	٣٩	١	٢٧	٨	٣٦
١٢	١٤	٣٩	١٤	٣٩	١٣	٣٩	١٩	٤١	٢	٣٠	١١	٣٨
١٣	١٨	٤٠	٢٠	٤٢	١٧	٤١	٢٤	٤٣	٤	٣٣	١٤	٣٩
١٤	٢٤	٤٣	٢٨	٤٤	٢٣	٤٣	٣٤	٤٦	٩	٣٧	١٩	٤١
١٥	٣٤	٤٦	٣٣	٤٦	٢٩	٤٥	٤٦	٤٩	١٤	٣٩	٢٣	٤٣
١٦	٤١	٤٨	٤٢	٤٨	٣٥	٤٦	٥٣	٥١	١٨	٤١	٢٧	٤٤
١٧	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٤١	٤٨	٥٨	٥٢	٢١	٤٢	٣٧	٤٧
١٨	٥٨	٥٢	٦٢	٥٣	٤٦	٤٩	٦٦	٥٤	٣٠	٤٥	٤٥	٤٩
١٩	٦٦	٥٤	٧٠	٥٥	٥٥	٥١	٧٧	٥٧	٣٥	٤٦	٥٦	٥٢
٢٠	٧٦	٥٧	٧٤	٥٦	٦٢	٥٣	٨٦	٦١	٤٧	٤٩	٦٣	٥٣
٢١	٧٩	٥٨	٧٩	٥٨	٦٨	٥٥	٨٩	٦٢	٦٥	٥٤	٧٢	٥٦
٢٢	٨٦	٦١	٨٤	٦٠	٧٧	٥٧	٩٢	٦٤	٨٤	٦٠	٧٧	٥٧
٢٣	٩٠	٦٣	٨٧	٦١	٨٣	٦٠	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤	٨٤	٦٠
٢٤	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤	٨٧	٦١	٩٥	٦٦	٩٣	٦٥	٩٠	٦٣
٢٥	٩٧	٦٩	٩٧	٦٩	٩١	٦٣	٩٧	٦٩	٩٦	٦٨	٩٤	٦٦
٢٦	٩٩	٧٢	١٠٠	٨٧	٩٦	٦٨	٩٨	٧١	٩٩	٧٣	٩٧	٦٩
٢٧	٩٩	٧٢			٩٨	٧١	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧	٩٩	٧٣
٢٨	١٠٠	٨٧			٩٩	٧٣	٩٩	٨٧			٩٩	٧٣
٢٩					١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧			١٠٠	٨٧

ملحق (٣.د)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة - H)

الدرجة	٤ - ٨ سنه				٩ - ١١ سنه				١٢ - ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
الخام	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٤	٦	٣٤	٧	٣٥	١١	٣٨	٢١	٤٢	٩	٣٧	٨	٣٦
٥	١٣	٣٨	١٣	٣٩	١٩	٤١	٣٧	٤٧	١٨	٤١	١٧	٤١
٦	١٨	٤١	١٨	٤١	٣٢	٤٥	٤٥	٤٩	٢٠	٤٢	٢٧	٤٤
٧	٢٩	٤٥	٢٩	٤٥	٤٠	٤٨	٥٨	٥٢	٤٠	٤٨	٣٧	٤٧
٨	٣٨	٤٧	٤١	٤٨	٤٩	٥٠	٧٣	٥٦	٤٨	٥٠	٥٠	٥٠
٩	٤٧	٤٩	٥٣	٥١	٦٠	٥٣	٨٤	٦٠	٦٥	٥٤	٦٣	٥٣
١٠	٦٠	٥٣	٦٥	٥٤	٧٢	٥٦	٩١	٦٣	٧٢	٥٦	٧٢	٥٦
١١	٧٠	٥٥	٧٩	٥٨	٧٨	٥٨	٩٢	٦٤	٧٦	٥٧	٧٩	٥٨
١٢	٨١	٥٨	٨٨	٦٢	٨٦	٦١	٩٥	٦٦	٨٣	٦٠	٨٨	٦٢
١٣	٨٧	٦١	٩٥	٦٦	٨٩	٦٢	٩٧	٦٩	٩٢	٦٤	٩٣	٦٥
١٤	٩٤	٦٦	٩٧	٦٩	٩٣	٦٥	٩٨	٧١	٩٧	٦٩	٩٦	٦٨
١٥	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧	٩٥	٦٦	٩٨	٧١	٩٩	٧٣	٩٧	٦٩
١٦	١٠٠	٨٧			١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٣هـ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ADHD)

الدرجة	٤ – ٨ سنه				٩ – ١١ سنه				١٢ – ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
الخام	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
١٥	٤ر	٢٤	١	٢٧	٢	٣٠	٤	٣٢	٥ر	٢٤	٣	٣١
١٦	٤ر	٢٤	١	٢٧	٢	٣٠	٥	٣٤	٥ر	٢٤	٣	٣١
١٧	٤ر	٢٤	٢	٣٠	٢	٣٠	٨	٣٦	٥ر	٢٤	٤	٣٣
١٨	١	٢٧	٢	٣٠	٤	٣٣	٩	٣٧	٥ر	٢٤	٥	٣٤
١٩	٢	٢٩	٤	٣٣	٧	٣٥	١٢	٣٨	١	٢٧	٧	٣٥
٢٠	٥	٣٤	٧	٣٥	٩	٣٧	١٨	٤١	١	٢٧	٧	٣٥
٢١	٦	٣٥	١٠	٣٧	١٥	٤٠	٢٣	٤٣	٢	٣٠	٨	٣٦
٢٢	٨	٣٦	١٤	٣٩	١٩	٤١	٢٩	٤٥	٤	٣٣	١٢	٣٨
٢٣	١٣	٣٨	١٦	٤٠	٢١	٤٢	٣٢	٤٥	٤	٣٣	١٤	٣٩
٢٤	١٧	٤١	١٨	٤١	٢٤	٤٣	٣٦	٤٦	١٠	٣٧	١٦	٤٠
٢٥	٢١	٤٢	٢٢	٤٢	٢٦	٤٤	٤١	٤٨	١٢	٣٨	١٩	٤١
٢٦	٢٣	٤٣	٢٥	٤٣	٢٨	٤٤	٤٥	٤٩	١٦	٤٠	٢٤	٤٣
٢٧	٢٨	٤٤	٢٨	٤٤	٣٣	٤٦	٥٢	٥١	١٧	٤١	٢٧	٤٤
٢٨	٣٠	٤٥	٣٢	٤٥	٣٦	٤٦	٥٦	٥٢	١٩	٤١	٢٩	٤٥
٢٩	٣٥	٤٦	٣٦	٤٦	٤٠	٤٨	٥٩	٥٣	٢٣	٤٣	٣٢	٤٥
٣٠	٣٨	٤٧	٤١	٤٨	٤٣	٤٨	٦٤	٥٤	٢٥	٤٣	٣٦	٤٦
٣١	٤١	٤٨	٤٥	٤٩	٤٧	٤٩	٧٠	٥٥	٢٦	٤٤	٣٧	٤٧
٣٢	٤٦	٤٩	٤٩	٥٠	٥٠	٥٠	٧٥	٥٧	٣٠	٤٥	٤٣	٤٨
٣٣	٥٠	٥٠	٥٤	٥١	٥٣	٥١	٧٩	٥٨	٣٤	٤٦	٥٠	٥٠

تابع : ملحق (٣هـ)

المنينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – ADHD)

الدرجة	٤ – ٨ سنة				٩ – ١١ سنه				١٢ – ١٤ سنة			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
الخام	منينيات	تائيات	منينيات	تائيات	منينيات	تائيات	منينيات	تائيات	منينيات	تائيات	منينيات	تائيات
٣٤	٥٤	٥١	٥٧	٥٢	٥٨	٥٢	٨٢	٥٩	٣٧	٤٧	٥٦	٥٢
٣٥	٦١	٥٣	٦٢	٥٣	٦٢	٥٣	٨٦	٦١	٤١	٤٨	٦٣	٥٣
٣٦	٦٦	٥٤	٧١	٥٦	٦٥	٥٤	٨٩	٦٢	٤٥	٤٩	٦٦	٥٤
٣٧	٦٩	٥٥	٧٤	٥٦	٦٩	٥٥	٩٢	٦٤	٥٥	٥١	٦٨	٥٥
٣٨	٧٢	٥٦	٧٧	٥٧	٧٢	٥٦	٩٣	٦٥	٦٢	٥٣	٧٤	٥٦
٣٩	٧٥	٥٧	٨٢	٥٩	٧٥	٥٧	٩٤	٦٦	٦٧	٥٤	٧٧	٥٧
٤٠	٧٧	٥٨	٨٥	٦٠	٧٧	٥٧	٩٥	٦٦	٨٠	٥٨	٧٩	٥٨
٤١	٨١	٥٩	٨٧	٦١	٨١	٥٨	٩٦	٦٨	٨٧	٦١	٨٣	٦٠
٤٢	٨٥	٦١	٨٨	٦٢	٨٣	٦٠	٩٧	٦٩	٨٩	٦٢	٨٦	٦١
٤٣	٨٧	٦١	٩٣	٦٥	٨٥	٦٠	٩٧	٦٩	٩٢	٦٤	٩٠	٦٣
٤٤	٨٩	٦٢	٩٥	٦٦	٨٥	٦٠	٩٧	٦٩	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤
٤٥	٩٢	٦٤	٩٥	٦٦	٨٧	٦١	٩٧	٦٩	٩٣	٦٥	٩٤	٦٦
٤٦	٩٥	٦٦	٩٨	٧١	٨٨	٦٢	٩٨	٧١	٩٥	٦٦	٩٤	٦٦
٤٧	٩٥	٦٦	٩٨	٧١	٨٨	٦٢	٩٨	٧١	٩٥	٦٦	٩٥	٦٦
٤٨	٩٥	٦٦	٩٩	٧٣	٩١	٦٣	٩٨	٧١	٩٧	٦٩	٩٥	٦٦
٤٩	٩٧	٦٩	١٠٠	٨٧	٩٤	٦٦	٩٨	٧١	٩٨	٧١	٩٧	٦٩
٥٠	٩٧	٦٩			٩٦	٦٨	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧	٩٨	٧١
٥١	٩٨	٧٠			٩٦	٦٨	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧	٩٩	٧٣
٥٢	٩٩	٧٢			٩٧	٦٩	٩٩	٧٣			٩٩	٧٣
٥٣	٩٩	٧٤			٩٨	٧١	٩٩	٧٣			١٠٠	٨٧
٥٤	٩٩	٧٤			٩٩	٧٣	٩٩	٧٣				
٥٥	٩٩	٧٤			١٠٠	٨٧	٩٩	٧٣				
٥٦	١٠٠	٨٧					١٠٠	٨٧				
٥٧							١٠٠	٨٧				

ملحق (٣.و)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – CD)

الدرجة الخام	٤ – ٨ سنه				٩ – ١١ سنه				١٢ – ١٤ سنه			
	ذكور		اناث		ذكور		اناث		ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٨	١٠	٣٧	١٢	٣٨	٩	٣٧	١٨	٤١			٧	٣٥
٩	١٧	٤٠	١٩	٤١	١٤	٣٩	٣٠	٤٥	٣	٣١	١٢	٣٨
١٠	٢١	٤٢	٢٥	٤٣	٢٤	٤٣	٣٩	٤٧	٦	٣٥	٢١	٤٢
١١	٢٧	٤٤	٣٠	٤٥	٣٠	٤٥	٥٠	٥٠	١٠	٣٧	٢٧	٤٤
١٢	٣٤	٤٦	٣٩	٤٧	٣٥	٤٦	٥٨	٥٢	١٧	٤١	٣٠	٤٥
١٣	٣٨	٤٧	٤٤	٤٩	٤١	٤٨	٦٤	٥٤	٢٥	٤٣	٣٩	٤٧
١٤	٤٤	٤٩	٥٣	٥١	٤٤	٤٩	٦٨	٥٥	٣٠	٤٥	٥٠	٥٠
١٥	٥٠	٥٠	٥٨	٥٢	٥١	٥٠	٧٦	٥٧	٤٠	٤٨	٥٧	٥٢
١٦	٥٥	٥١	٦٦	٥٤	٦٠	٥٣	٨٢	٥٩	٤٨	٥٠	٦٨	٥٥
١٧	٦٠	٥٣	٧١	٥٦	٦٨	٥٥	٨٥	٦٠	٥٣	٥١	٧٢	٥٦
١٨	٧١	٥٥	٧٩	٥٨	٧٤	٥٦	٨٨	٦٢	٦٨	٥٥	٧٧	٥٧
١٩	٧٨	٥٨	٨٢	٥٩	٧٧	٥٧	٨٩	٦٢	٧٣	٥٦	٨١	٥٨
٢٠	٨٣	٥٩	٨٨	٦٢	٨١	٥٨	٩١	٦٣	٨٠	٥٨	٨٦	٦١
٢١	٨٦	٦١	٩٢	٦٤	٨٣	٦٠	٩٣	٦٥	٨٤	٦٠	٨٨	٦٢
٢٢	٨٨	٦٢	٩٥	٦٦	٨٧	٦١	٩٥	٦٦	٨٧	٦١	٩٢	٦٤
٢٣	٩١	٦٤	٩٦	٦٨	٨٨	٦٢	٩٦	٦٨	٨٩	٦٢	٩٣	٦٥
٢٤	٩٢	٦٤	٩٧	٦٩	٨٩	٦٢	٩٧	٦٩	٨٩	٦٢	٩٤	٦٦
٢٥	٩٥	٦٦	٩٨	٧١	٩٠	٦٣	٩٧	٦٩	٩٠	٦٣	٩٥	٦٦
٢٦	٩٦	٦٧			٩٢	٦٤	٩٧	٦٩	٩٠	٦٣	٩٦	٦٨
٢٧	٩٨	٧١			٩٤	٦٦	٩٨	٧١	٩١	٦٣	٩٨	٧١
٢٨	٩٩	٧٤			٩٤	٦٦	٩٨	٧١	٩١	٦٣	٩٩	٧٣
٢٩	٩٩	٧٤			٩٥	٦٦	٩٩	٧٣	٩٤	٦٦	٩٩	٧٣
٣٠	٩٩	٧٤			٩٥	٦٦	١٠٠	٨٧	٩٦	٦٨	١٠٠	٨٧
٣١	١٠٠	٧٨			٩٧	٦٩			١٠٠	٨٧		
٣٢					١٠٠	٨٧						

ملحق (٣.ز)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس والعمر

(صورة المدرسة – DSM III-R ADHD)

الدرجة الخام	٤ – ٨ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٧	٢	٢٩	٣	٣١
٨	٥	٣٣	٥	٣٤
٩	٩	٣٧	٨	٣٦
١٠	١٣	٣٩	١٢	٣٨
١١	١٨	٤١	٢٢	٤٢
١٢	٢٤	٤٣	٢٦	٤٤
١٣	٣٢	٤٥	٣٥	٤٦
١٤	٣٨	٤٧	٤٥	٤٩
١٥	٤٥	٤٩	٥٣	٥١
١٦	٥١	٥٠	٦١	٥٣
١٧	٦٣	٥٣	٧٠	٥٥
١٨	٧١	٥٥	٧٧	٥٧
١٩	٧٨	٥٨	٨٢	٥٩
٢٠	٨٢	٥٩	٨٤	٦٠
٢١	٨٧	٦١	٩٠	٦٣
٢٢	٩٠	٦٣	٩٣	٦٥
٢٣	٩٣	٦٥	٩٥	٦٦
٢٤	٩٥	٦٧	٩٧	٦٩
٢٥	٩٨	٧١	٩٨	٧١
٢٦	٩٩	٨٧	٩٩	٧٣
٢٧	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧
٢٨				

الدرجة الخام	٩ – ١١ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٧	٣	٣١	٦	٣٥
٨	٧	٣٥	١٦	٤٠
٩	١٥	٤٠	٢٥	٤٣
١٠	٢٢	٤٢	٣٣	٤٦
١١	٢٥	٤٣	٣٩	٤٧
١٢	٢٩	٤٥	٤٦	٤٩
١٣	٣٣	٤٦	٥٢	٥١
١٤	٣٨	٤٧	٦٠	٥٣
١٥	٤٥	٤٩	٦٩	٥٥
١٦	٥٢	٥١	٧٦	٥٧
١٧	٥٨	٥٢	٨٢	٥٩
١٨	٦٢	٥٣	٨٨	٦٢
١٩	٦٩	٥٥	٩٢	٦٤
٢٠	٧٥	٥٧	٩٤	٦٦
٢١	٨٣	٦٠	٩٤	٦٦
٢٢	٨٦	٦١	٩٦	٦٨
٢٣	٨٩	٦٢	٩٦	٦٨
٢٤	٩٠	٦٣	٩٧	٦٩
٢٥	٩٢	٦٤	٩٧	٦٩
٢٦	٩٥	٦٦	٩٩	٧٣
٢٧	٩٨	٧١	١٠٠	٨٧
٢٨	١٠٠	٨٧		

الدرجة الخام	١٢ – ١٤ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٧	٢	٣٠	٣	٣١
٨	٣	٣١	٨	٣٦
٩	٧	٣٥	١٤	٣٩
١٠	١٣	٣٩	١٦	٤٠
١١	١٨	٤١	٢٧	٤٤
١٢	٢١	٤٢	٣٢	٤٥
١٣	٢٦	٤٤	٣٦	٤٦
١٤	٢٨	٤٤	٤١	٤٨
١٥	٤٠	٤٨	٤٩	٥٠
١٦	٤٥	٤٩	٥٩	٥٣
١٧	٥١	٥٠	٦٥	٥٤
١٨	٥٩	٥٣	٧٣	٥٦
١٩	٧٠	٥٥	٨٠	٥٨
٢٠	٧٧	٥٧	٨٥	٦٠
٢١	٨٧	٦١	٩٠	٦٣
٢٢	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤
٢٣	٩٥	٦٦	٩٤	٦٦
٢٤	٩٥	٦٦	٩٧	٦٩
٢٥	٩٧	٦٩	٩٧	٦٩
٢٦	٩٨	٧١	٩٩	٧٣
٢٧	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧
٢٨	١٠٠	٨٧		

ملحق (٤)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل)

ملحق (٤.أ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – N) .

ملحق (٤.ب) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – I) .

ملحق (٤.جـ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – ADD) .

ملحق (٤.د) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – H) .

ملحق (٤.هـ) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – ADHD).

ملحق (٤.و) : المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس (المنزل – CD) .

ملحق (٤.ز) : المئينيات والتائيات لمقياس بحسب الجنـس (المنزل – - DSM III - R ADHD) .

ملحق (٤,أ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل = N)

الدرجة الخام	٤ - ١٢ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٥	٨	٣٦	١٠	٣٧
٦	١٦	٤٠	٢٢	٤٢
٧	٢٦	٤٤	٣٥	٤٦
٨	٣٥	٤٦	٤١	٤٨
٩	٤٥	٤٩	٥٢	٥١
١٠	٥٦	٥٢	٦٢	٥٣
١١	٦٦	٥٤	٧١	٥٦
١٢	٧٨	٥٨	٨١	٥٨
١٣	٨٢	٥٩	٨٨	٦٢
١٤	٨٩	٦٢	٩٣	٦٥
١٥	٩٣	٦٥	٩٨	٧١
١٦	٩٧	٦٩	٩٩	٧٣
١٧	٩٧	٦٩	١٠٠	٨٧
١٨	٩٩	٧٣		
١٩	١٠٠	٨٧		
٢٠				

ملحق (٤ب)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل - I)

الدرجة الخام	٤ - ١٢ سنة			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٤	١٤	٣٩	٢٤	٤٣
٥	٢٧	٤٤	٣٨	٤٧
٦	٣٩	٤٧	٥٦	٥٢
٧	٤٩	٥٠	٧٠	٥٥
٨	٦٢	٥٣	٨٠	٥٨
٩	٧١	٥٦	٨٧	٦١
١٠	٨٤	٦٠	٩٢	٦٤
١١	٨٧	٦١	٩٦	٦٨
١٢	٩٣	٦٥	٩٧	٦٩
١٣	٩٧	٦٩	٩٩	٧٣
١٤	٩٨	٧١	٩٩	٧٣
١٥	٩٨	٧١	٩٩	٧٣
١٦	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٤جـ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – ADD)

الدرجة الخام	٤ – ١٢ سنة			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٩	٣	٣١	٧	٣٥
١٠	٨	٣٦	١٤	٣٩
١١	١٢	٣٨	٢٣	٤٣
١٢	١٥	٤٠	٢٩	٤٥
١٣	٢١	٤٢	٣٢	٤٥
١٤	٢٩	٤٥	٣٨	٤٧
١٥	٣٦	٤٦	٤٦	٤٩
١٦	٤٧	٤٩	٥٣	٥١
١٧	٥٤	٥١	٦٤	٥٤
١٨	٥٨	٥٢	٧١	٥٦
١٩	٦٩	٥٥	٧٥	٥٧
٢٠	٧١	٥٦	٨٢	٥٩
٢١	٧٤	٥٦	٨٤	٦٠
٢٢	٧٩	٥٨	٨٩	٦٢
٢٣	٨٢	٥٩	٩٣	٦٥
٢٤	٩٠	٦٣	٩٦	٦٨
٢٥	٩٣	٦٥	٩٧	٦٩
٢٦	٩٧	٦٩	٩٩	٧٣
٢٧	٩٩	٧٣	٩٩	٧٣
٢٨	٩٩	٧٣	٩٩	٧٣
٢٩	٩٩	٧٣	٩٩	٧٣
٣٠	٩٩	٧٣	١٠٠	٨٧
٣١	٩٩	٧٣		
٣٢	١٠٠	٨٧		

ملحق (٤د)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – H)

الدرجة الخام	٤ – ١٢ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٦	٣	٣١	٧	٣٥
٧	٦	٣٥	١٢	٣٨
٨	١٠	٣٧	١٧	٤١
٩	١٦	٤٠	٢٣	٤٣
١٠	٢٩	٤٥	٣٢	٤٥
١١	٣٥	٤٦	٣٩	٤٧
١٢	٤٥	٤٩	٥٠	٥٠
١٣	٤٨	٥٠	٥٩	٥٢
١٤	٥٨	٥٢	٦٤	٥٤
١٥	٦٧	٥٤	٧٤	٥٦
١٦	٧٢	٥٦	٨١	٥٨
١٧	٧٨	٥٨	٨٧	٦١
١٨	٨٢	٥٩	٩٢	٦٤
١٩	٨٨	٦٢	٩٦	٦٨
٢٠	٩٦	٦٨	٩٨	٧١
٢١	٩٨	٧١	٩٩	٧٣
٢٢	٩٩	٧٣	٩٩	٧٣
٢٣	٩٩	٧٣	٩٩	٧٣
٢٤	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٤هـ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – ADHD)

الدرجة الخام	٤ – ١٢ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
١٧	٣	٣١	٢	٣٠
١٨	٣	٣١	٣	٣١
١٩	٥	٣٤	٥	٣٤
٢٠	٦	٣٥	٨	٣٦
٢١	٧	٣٥	١١	٣٨
٢٢	٨	٣٦	١٣	٣٩
٢٣	٩	٣٧	١٧	٤١
٢٤	١١	٣٨	٢١	٤٢
٢٥	١٤	٣٩	٢٢	٤٢
٢٦	١٥	٤٠	٢٦	٤٤
٢٧	١٩	٤١	٢٩	٤٥
٢٨	٢٠	٤٢	٣٣	٤٦
٢٩	٢٤	٤٣	٣٥	٤٦
٣٠	٢٨	٤٤	٤٠	٤٨
٣١	٣٢	٤٥	٤٥	٤٩
٣٢	٣٨	٤٧	٥٠	٥٠
٣٣	٤٠	٤٨	٥٢	٥١
٣٤	٤٤	٤٩	٥٧	٥٢
٣٥	٤٧	٤٩	٦١	٥٣
٣٦	٥٧	٥٢	٦٤	٥٤
٣٧	٦٠	٥٣	٦٦	٥٤
٣٨	٦٤	٥٤	٧٠	٥٥
٣٩	٦٧	٥٤	٧٣	٥٦

تابع : ملحق (٤هـ)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – ADHD)

الدرجة الخام	٤ – ١٢ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٤٠	٧٢	٥٦	٧٦	٥٧
٤١	٧٥	٥٧	٨١	٥٨
٤٢	٧٨	٥٨	٨٧	٦١
٤٣	٨٢	٦٠	٨٨	٦٢
٤٤	٨٥	٦٠	٩٠	٦٣
٤٥	٨٨	٦٢	٩٢	٦٤
٤٦	٨٩	٦٢	٩٤	٦٦
٤٧	٩١	٦٣	٩٤	٦٦
٤٨	٩٢	٦٤	٩٤	٦٦
٤٩	٩٢	٦٤	٩٧	٦٩
٥٠	٩٦	٦٨	٩٩	٧٣
٥١	٩٧	٦٩	١٠٠	٨٧
٥٢	٩٧	٦٩		
٥٣	٩٨	٧١		
٥٤	٩٩	٧٣		
٥٥	٩٩	٧٣		
٥٦	٩٩	٧٣		
٥٧	١٠٠	٨٧		

ملحق (٤.و)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل - CD)

الدرجة الخام	٤ - ١٢ سنه			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٦	٦	٣٥	١١	٣٨
٧	١٥	٤٠	٢٤	٤٣
٨	٢٣	٤٣	٣٢	٤٥
٩	٢٩	٤٥	٤٢	٤٨
١٠	٤٣	٤٨	٥٤	٥١
١١	٥٣	٥١	٦٠	٥٣
١٢	٥٨	٥٢	٦٩	٥٥
١٣	٦٦	٥٤	٧٣	٥٦
١٤	٧٥	٥٧	٧٧	٥٧
١٥	٨١	٥٨	٨٢	٥٩
١٦	٨٨	٦٢	٨٧	٦١
١٧	٩٠	٦٣	٨٩	٦٢
١٨	٩٣	٦٥	٩٢	٦٤
١٩	٩٧	٦٩	٩٥	٦٦
٢٠	٩٧	٦٩	٩٧	٦٩
٢١	٩٩	٨٣	٩٨	٧١
٢٢	٩٩	٨٣	٩٨	٧١
٢٣	٩٩	٨٣	٩٨	٧١
٢٤	١٠٠	٨٧	١٠٠	٨٧

ملحق (٤.ز)

المئينيات والتائيات لمقياس CAAS بحسب الجنس

(صورة المنزل – DSM III - R, ADHD)

الدرجة الخام	٤ – ١٢ سنة			
	ذكور		اناث	
	مئينيات	تائيات	مئينيات	تائيات
٧	٢	٣٠	٥	٣٤
٨	٩	٣٧	١١	٣٨
٩	١٥	٤٠	٢١	٤٢
١٠	١٨	٤١	٢٧	٤٤
١١	٢٤	٤٣	٣١	٤٥
١٢	٣٤	٤٦	٤٠	٤٨
١٣	٣٩	٤٧	٥٠	٥٠
١٤	٤٦	٤٩	٥٦	٥٢
١٥	٥٧	٥٢	٦٣	٥٣
١٦	٦٥	٥٤	٧٢	٥٦
١٧	٧٢	٥٦	٧٦	٥٧
١٨	٨٢	٥٩	٨٤	٦٠
١٩	٨٨	٦٢	٨٨	٦٢
٢٠	٩٠	٦٣	٩٢	٦٤
٢١	٩٢	٦٤	٩٨	٧١
٢٢	٩٤	٦٦	٩٩	٧٣
٢٣	٩٧	٦٩	١٠٠	٨٧
٢٤	٩٩	٧٣		
٢٥	٩٩	٧٣		
٢٦	٩٩	٧٣		
٢٧	٩٩	٧٣		
٢٨	١٠٠	٨٧		

المراجع

أولا : المراجع العربية :

السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩١) : قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل . كراسة التعليمات ، القاهرة : دار النهضة العربية .

مصطفى كامل (١٩٨٧) : قائمة ملاحظة سلوك الطفل . كراسة التعليمات ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

———— (١٩٩٠) : مقياس تقدير سلوك التلميذ (لفرز حالات صعوبات التعليم) . كراسة التعليمات ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

Abikoff, H. (1985). Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: A critical review. Clinical Psychology Review, 5, 479-512.

Abikoff, H., & Gittelman, R. (1984). Does behavior therapy normalize the classroom behavior of hyperative children? Archives of General Psychiatry, 41, 449-454.

Achenbach, T. (1978a). Psychopathology of childhood: Research problems and issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 759-776.

Achenbach, T. M. (1978b). The Ghild Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 478 - 488.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. Journal of Consulting and Clinical Psychology 47, 223-233.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., & Edelbrock. C.S. (1986). Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry and Psychology.

American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1978). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

Arnold, E., & Smeltzer, D.J. (1974). Behavior chicklist factor analysis for children and adolescents. Archives of General Psychiatry, 30, 799-804.

Arnold, L.E., Barnebey, N.S., & Smeltzer, D.J. (1981). First grade norms, factor analysis and cross correlation for Conners, Davids, and Quay-Peterson behavior rating scales. Journal of Learning Disabilities, 14, 269-275.

Behar, L., & Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. Developmental Psychology, 10, 601-610.

Bell, R., Waldrop, M., & Weller, G.A. (1972). A rating system for the assessment of hyperactive and withdrawn children in preschool samples. American Journal of Orthopschiatry, 42, 23-24.

Blunden, D., Spring, C., & Greenberg, L.M. (1974). Validation of the Classroom Behavior Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 84-88.

Clements, S.D., & Peters, J.E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Archives of General Psychiatry, 6, 17-29.

Cohen,J.,& Cohen,P.(1975). Applied multiple regression/correlation analysis for behavioral sciences. New York: Wiley.

Conners, C. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. Psychopharmacology Bulletin (Special issue - Pharmacotherapy of children), 35-42.

Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. American Jouranl of Psychiatry, 126, 884-888.

Conners, C.K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. Child Development, 41 (2), 667 - 673.

Conners, C.K., & Eisenberg, L. (1963). The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. American Journal of Psychiatry, 120, 458-464.

Conners, C. K., Eisenberg, L., & Barcai, A. (1967). Effect of dextroamphetamine on children. Archives of General Psychiatry, 17, 478-485.

Conners, C.K., & Rothschild, G.H. (1968). Drugs and learning in children. In. J. Hellmuth (Ed.), Learning disorders (Vol. 3), Seattle, WA: Special Child Publications.

Cytryn. L., Gilbert, A., & Eisenberg. L. (1960). The effectiveness of tranqulizing drugs plus supportive psychotherapy in treating behavior disorders of children: A double blind study of eighty outpatients. American Jouranl of Orthopsychiatry, 30, 113-129.

Davis, A. (1971). An objective instrument for assessing hyperactivity in children. Journal of Learning Disabilities, 4, 499-501.

Dielman, T.E., Cattell, R.B., & Lepper, C. (1971). Dimensions of problem behavior in the early grades. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 243-249.

Dunn, L., & Markwardt, F., Jr. (1970). Peabody Individual Achievement Test. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Edelbrock, C., & Achenbach, T.M. (1984). The eacher version of the Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 207-217.

Edelbrock, C., Costello, A. J., & Kessler, M.D. (1983). Empirical corroboration of the attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 285-291.

Edelbrock, C., & Rancurello, M.D. (1985). Childhood hyperactivity: An overview of rating scales and their applications. Clinical Psychology Review, 5, 429-445.

Eisenberg, L. (1955). Psychiatric implications of brain damage in children. Psychiatric Quarterly, 31, 72-92.

Feingold, B.F. (1975). Why your child is hyperative, New York: Random House.

Finnerty, R.J., Soltys. J.J., & Cole, J.O. (1971). The use of D-amphetamine with hyperative children. Psychopharmacologia, 21, 302-308/

Flynn, N.M., & Rapoport, J.L. (1976). Hyperactivity in open and traditional classroom environments. Journal of Special Education, 10, 285-290.

Glow, R.A.A. (1980). Validation of Conners TQ and a cross-cultural comparison of prevalence of hyperactivity in children. In G. Burrows & J.S. Werry (Eds.), Recent advances in human psychopharmacology (vol. 1, PP. 303-320). Greenwich, CT: JAI Press.

Gove, W.A. (1975). The labeling of deviance: Evaluating a perspective. New York: Wiley.

Goyette, C.H., Conners, C.K., & Ulrich, R.F. (1978). Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, 221-236.

Greenberg, L.M., Deem, M.A., & McMahon, S. (1972). Effects of dextroamphetamine, chlorpromazine and hydroxyzine on behavior and performance in hyperative children. American Journal of Psychiatry, 129, 532-439.

Hartsough, C.S., & Lambert, N.M. (1982). Some environmental and familial correlates and antecedents of hyperactvity. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 272-287.

Hartsough, C.S., & Lambert, N. M. 1985). Medical factors in hyperative and normal children: Prenatal, developmental and health history findings. American Journal of Orthopsychiatry, 55, 190-201.

Hartsough, C.S., & Lambert, N.M. (1987). Pattern and progression of drug use among hyperactives and controls: A propsective short term longitudinal study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, 543-553.

Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. Psychological Bulletin, 101, 443-463.

Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). Social class and mental illness. New York: Wiley.

Kagan, J., Rosman, B., Day, D., Albert, J., & Phillips, W. (1964). Information processing in the child: Significance of analytic and reflective attitudes. Psychological Monograph, 78, (1, Whole No. 578).

Kellam, S.G., Ensminger, M. E., & Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol and cigarette use. Drug and Alocohol Dependence, 5, 273-304.

Kellam, S.G., Ensminger, M.E., & Turner, R.J. (1977). Family structure and the mental health of children: Concurrent and longitudinal community-wide studies. Archives of General Psychiatry, 34, 1012-1022.

Knights, R.M., & Hinton, G.G. (1969). The effects of methyl-phenidate (Ritalin) on the motor skills and behavior of children with learning problems. Journal of Nervous and Mental Disease, 148, 643-653.

Koester, L., & Farley, F. (1977, August). Arousal and hyperactivity in open and traditional education. Paper presented at the 85th meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

Kupietz, S., Bialer, I., & Winsberg, H.G. (1972). A behavior rating scale for assessing improvement in behaviorally deviant children: A preliminary investigation. American Journal of Psychiatry, 128, 1432-1436.

Lahey, B.B., Green, K.D., & Forehand, R. (1980). On the independence of ratings of hyperactivity, conduct problems and attention deficits in children: A multiple regression analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 566-574.

Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Frame, C.L., & Strauss, C.C. (1985). Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, 613-616.

Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Strauss, C.C., & Frame, G.L. (1984). Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders ? Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 302-309.

Lambert, N. M. (1972). Intellectual and nonintellectual predictors of high school status. The Journal of Special Education, 6, 247-259.

Lambert, N. M. (1981). The clinical validity of the process of assessment of effective student functioning. Journal of School Psychology, 19, 323-334.

Lambert, N.M. (1982). Temperament profiles of hyperactive children. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 458-467.

Lambert, N.M. (1988). Adolescent outcomes for hyperactive children: Perspectives on general and specific risk factors. American Psychologist, 43, 786-799.

Lambert, N.M., B Bower, E.M. (1979a). Who Could This Be Game. In N.M. Lambert, C.D. Hartsough, & F.M. Bower (Eds.). A process for the assessment of effective student functioning. Monterey, CA: CTB/McGraw-Hill.

Lambert, N.M., & Bower, E.M. (1979b). The School Play. In N.M. Lambert, C.S. Hartsough, & E. M. Bower (Eds.), A process for the assessment of effective student functioning. Monterey, GA: CTB/McGraw-Hill.

Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1973). Scaling behavioral attributes of children using multiple teacher judgments. Educational and Psychological Measurement, 33, 859-874.

Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1979b). Pupil behavior rating scale. In N.M. Lambert, C.S. Hartsough, & E.M. Bower (Eds.). A process for assessment of effective student functioning. Monterey, CA : CTB/McGraw-Hill.

Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1980). Validity issues surrounding Title I ESEA eligibility criteria. Educational Evaluation and Policy Analysis, 2, 25-32.

Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1984). Contribution of predispositional factors to the diagnosis of hyperactivity. American Journal of Orthopsychiatry, 54, 97-109.

Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1987). The measurement of attention deficit disorder and hyperactivity with behavior ratings of parents. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 361-370.

Lambert, N.M., Hartsough, C.S., & Bower, E. M. (1979). A process for the assessment of effective student functioning. Monterey, GA: CTB/McGraw-Hill.

Lambert, N.M., Hartsough, C.S., Sassone, D., & Sandoval, J. (1987). Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 22032.

Lambert, N.M., Hartsough, C.S., & Zimmerman, I.L. (1976). The comparative predictive efficiency of intellecual and nonintellectual components of high school functioning. American Journal of Orthopsychiatry, 46, 109-122.

Lambert, N.M., & Nicoll, R.C. (1977). Conceptual model for nonintellectual behavior and its relationship to early reading achievement. Journal of Educational Psychology, 69, 481-490.

Lambert, N.M., & Sandoval, J. (1980). The prevalence of learning disabiulities in a sample of children considered hyperactive. Journal of abnormal Child Psychology, 8, 33-50.

Lambert, N. M., Sandoval, J., & Sassone, D. (1978). Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. American Journal of Orthopsychiatry, 48, 446-463.

Lambert, N. M., Sandoval, J., & Sassone, D. (1979). Prevalence of treatment regimens for children considered to be hyperactive. American Journal of Orthopsychiatry, 49, 482-490.

Lambert, N. M., Sandoval, J. H., & Sassone, D. (1981). Prevalence of hyperactivity and related treatments among elementary school children. In K. D. Gadow & J. Loney (Eds.), Psychosocial aspects of drug treatment for hyperativity (PP. 249-204). Boulder, CO: Westview Press.

Lambert, N. M., & Urbanski, C. (1980). Behavioral profiles of children with different levels of achievement. Journal of School Psychology, 18, 58-66.

Lambert, N. M., Windmiller, M., Sandoval, J., & Moore, B. (1976). Hyperactive children and the efficacy of psychoactive drugs as a treatment intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 46, 335-352.

Laufer, M. W. & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. Journal of Pediatrics, 50, 463-474.

Livingston, S. A., & Zieky, M. J. (1982). Passing scores. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

Loney, J. (1980). Hyperkinesis comes of age: What do we know and where should we go ? American Journal of Orthopsychiatry 50, 28-42.

Loney, J., Langhorne, J. E., Jr., & Paternite, C.E. (1978). An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic/minimal brain dysfunction syndrome. Journal of Abnormal Psychology, 87, 431-441.

Loney, J., & Milich, R. S. (1982). Hyperactivity, inattention and aggression in clinical practice. In M. Wolraich & D.K. Routh (Eds.). Advances in developmental and behavioral pediatrics (vol. 2, PP. 113-147). Greenwich, CT: JAI Press.

McGee, R., Williams, S., & Silva, P.A. (1984). Factor structure and correlates of ratings of inattention, hyperactivity, and antisocial behavior in large sample of 9-year-old children from the general population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 480-490.

Milich, R., & Loney, J. (1982). The independent dimensions of hyperactivity and aggression: A validation with playroom observation data. Journal of Abnormal Psychology, 91, 183-198.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children Archives of General Psychiatry, 32, 1031-1038.

Morrison, J.R., & Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. Archives of General Psychiatry, 130, 791-792.

Neeper, R., & Lahey, B.B. (1984). Identification of two dimensions of cognitive deficits through the factor analysis of teacher ratings, School Psychology Review, 13, 485-490.

Nie, H.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K. & Bent, D. H. (1975). Statistical package for the social sciences (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

O'Leary, K.D., Vivian, D., & Nisi, A. (1985). Hyperactivity in Italy. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 485-500.

Paternite, D. E., & Loney, J. (1980). Childhood hyperkinesis: Relationships between symptomatology and home environment. In C.K. Whalen & B. Henker (Eds.), The social ecology of identification and treatment (PP. 105-141). New York: Academic Press.

Quay, H. C. (1983). A dimensional approach to behavior disorder: The Revised Behavior Problem Checklist, School Psychology Review, 12, 244-249.

Quay, H. C., & Peterson, D.R. (1983). Interim manual for the Revised Behavior Problem Checklist (1st ed.) Unpublished manuscript, University of Miami, Coral Gables, FL.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.

Rapoport, J.L., Quinn, P.O., Bradbard, G., Riddle, K. D., & Brooks, E. (1974). Imipramine and methoylphenidate treatments of hyperactive boys. Archives of General Psychiatry, 30, 789-793.

Roberts, M.A., Milich, R., Loney, J.R., & Caputo, J. (1981). A multitrait-multimethod analysis of variance of teachers ratings of aggression, hyperactivity and inattention. Journal of Abnormal Child Psychology, 9, 371-380.

Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8, 1-11.

Sandberg, S., Wieselberg, M., & Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. Journal of child Psychology and Psychiatry, 21, 293-311.

Sandoval, J. (1977). The measurement of the hyperactive syndrome in children. Review of Educational Research, 47, 293-318.

Sandoval, J. (1981). Format effects in two teacher rating scales of hyperactivity. Journal of Abnormal Child Psychology, 9, 203-218.

Sandoval, J. Lambert, N.M., & Sassone, D. (1980). The identification and labelling of hyperactivity in children: An interctive model. In C., Whalen & B. Henker (Eds.), Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment. New York: Academic Press.

Sandoval, J., Lambert, N.M., & Yandell, G.W.(1976). Current medical practice and hyperactive children, American Journal of Orthopsychiatry, 46, 323-334.

Sandoval, J., & Sassone, D. (1977). Teachers' management strategies with hyperactive children. Unpublished manuscript.

Schachar, R. Rutter, M., & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 22, 375-3292.

Sleator, E.K., & Sprague, R.L. (1974). Dose effects of stimulants in hyperkinetic children. Psychopharmacology Bulletin, 10, 29-33.

Sprague, R.L., & Sleator, E. K (1973). Effects of psychopharmacologic agents on learning disorders. Pediatric Clinics of North America, 20, 719-935.

Spring, C., Blunden, D., Greenberg, L., M., & Yellin, A. M. (1976-1977). Validity and norms of a hyperctive rating scale. Journal of Special Education, 11 (3), 313-321.

Spring, C., Yellin, A.M., & Creenberg, L. (1976). Effects of imipramine and methylphenidate on perceptual-motor performance of hyperactive children. Perceptuant Motor Skills, 43, 459-470.

Stewart, M. A. (1970). Hyperctive children. Scientific American, 222, 94-98.

Stewart, M.A. Pitts, F.N., Craig, A.G., & Dieruf, W. (1966). The hyperactive child syndrome. American Journal of Orthopsychiatry, 36, 861-867.

Taylor, E., & Sandberg, S. (1984). Hyperactive behavior in English schoolchildren: A questionnaire survey, Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 143-156.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). Temperament and development. New York: Bruner/Mazel.

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H.G. (1968). Temperament and behavior disorders in children. New York: New York University Press.

Thomas, A., Chess, S.,. & Birch, H. G. (1970). The origin of personality. Scientific American, 223, 102-109.

Thorley, G. (1983). Data on the Conners Teacher Rating Scale from a British clinic population. Journal of Behavioral Assessment, 5, 1010.

Trites, R.L., Blouin, A.G.A., & Lapade, K. (1982). Factor analysis of the Conners Teacher Rating Scale based on a large normative sample. Journal of Consulting and clinical Psychology, 50, 615-623.

Trites, R.L., & Laprade, K. (1983). Evidence for an independent syndrome of hyperactivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24, 573-586.

Ullman, R.K., Sleator, E.K., & sprague, R.L. (1984). A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. Psychopharmacology Bulletin, 20, 160-164.

Ullman, R. K., Sleator, E.K., & Sprague, R.L. (1985). A change of mind: The Conners Abbreviated Rating Scales reconsidered. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 5532-565.

Wechsler, D. (1974). Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised. New York: Psychological Corporation.

Wender, P. H. (1971). Minimal brain dysfunction in children. New York: Wiley.

Werry, J. S. (1968). Developmental hyperactivity, Pediatric Clinics of North America, 15, 581-599.

Werry, J.S., & Hawthorne, D. (1976). Conners Teacher Questionnaire-Norms and validity. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 10, 257-262.

Werry, J. S., Weiss, G., Douglas, V., & Martin, J. (1966). Studies on the hyperactive child. III. The effect of chlorpromazine upon behavior and learning ability. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5, 447-478.

Witkin, H. A., Dyk, R.B., Faterson, H.F., Goodenough, D.R., & Karp, S.A. (1974). Psychological differentiation Potomac, MD: Erlbaum.

Witkin, H.A., Oltman, P.K., Pskin, E., & Karp, S. A., (1971). Manual: Embedded Figures Tests, Children's Embedded Figures Test, and Group Embedded Figures Test. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

رقـــم الايـــداع بـــدار الكـــــتب ٩٧/٤٩٧٩

الترقيم الدولى .I.S.B.N 977 - 200 - 172 - 1 /